Castañeda (Gon)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

CATARRO

DE LAS VIAS BILIARES

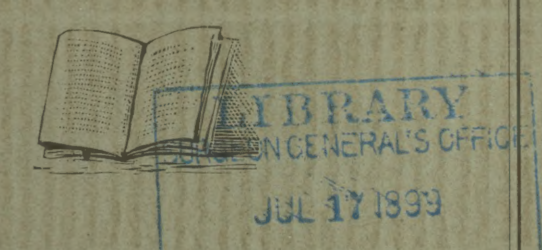
(TRESCIENTOS CASOS.)

TESIS INAUGURAL

QUE PARA
EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA PRESENTA
AL JURADO CALIFICADOR

GONZALO CASTAÑEDA

Estudiante de la Escuela Preparatoria y Nacional de Medicina de México,
Ex-practicante del Hospital de San Andrés
y del Hospital Juárez, primer Pro-Secretario de la
Sociedad Filoiátrica, etc.



MEXICO
Imp. Lit. y Encuadernación de Ireneo Paz,
Segunda del Relox núm. 4.

1893

Sr. Dr. José Mª Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

CATARRO

DE LAS VIAS BILIARES

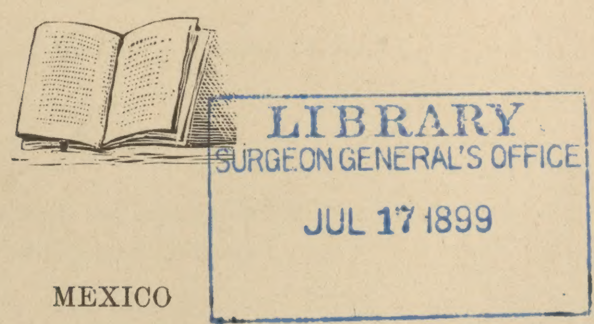


TESIS INAUGURAL

QUE PARA
EL EXAMEN DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA PRESENTA
AL JURADO CALIFICADOR

GONZALO CASTAÑEDA

Estudiante de la Escuela Preparatoria y Nacional de Medicina de México,
Ex-practicante del Hospital de San Andrés
y del Hospital Juárez, primer Pro-Secretario de la
Sociedad Filoiátrica, etc.



MEXICO
IMP. LIT. Y ENCUADERNACION DE IRENEO PAZ,
Segunda del Relox núm. 4.

—

1893

A mi querido Padre.

A mi adorada Madre.

A mis hermanos.

A cuya abnegación y sacrificios debo haber llegado al final de mi carrera.

A la memoria del honrado y caballeroso señor

Don Ramon Vaquero y Villar.

Por las atenciones y finezas con que siempre distinguió á su practicante y postrer amigo.

A MI MENTOR INTELECTUAL

EL EMINENTE PROFESOR

DR. D. EDUARDO LICEAGA.

POR SU PROTECCION Y SABIAS ENSEÑANZAS.

A MI TUTOR EL SEÑOR

Don Eduardo Salazar Ilarregui.

PROFUNDO RECONOCIMIENTO AL HOMBRE

QUE ME ENCAMINO EN EL SENDERO DE MIS ESTUDIOS.

AL PROTECTOR DE LA JUVENTUD ESTUDIOSA

SR. LIC. VIDAL CASTAÑEDA Y NÁJERA.

DEBIL MUESTRA DE MI RESPETO

Y PROFUNDO AGRADECIMIENTO A SUS FAVORES.

A MI PROTECTOR Y AMIGO

EL SEÑOR

DON ESTANISLAO SOLORZANO.

HUMILDE PRUEBA DE MI GRATITUD Y ALTA ESTIMACION.

Al Sr. Lic. D. Justo Sierra.

PUBLICO TESTIMONIO DE MI AFECTO.

A mis maestros.

UN RECUERDO DE CARIÑO DEL ULTIMO DE SUS DISCIPULOS.

A MI RESPETABLE JURADO:

Después de diez años de asíduas y cuotidianas labores estudiantiles, de diez años de peremne estudio y meditación, en que á fuer de sacrificios mil he logrado atravesar con paso lento y difícil, tras duras y angustiosas pruebas el sendero espinoso de la carrera médica, después que en tan noble empeño hánse agostado mis fuerzas, y visto pasar inconsciente los risueños y mejores años de mi vida; hoy me infunde temores el pensamiento, que para alcanzar el ideal único ensueño de mi existencia, aun tengo que sufrir la postrera y magna prueba, que será como el *ensayo real* del alto y difícil papel que desempeñaré en los años por venir. Al presentarme á sustentar mi exámen último, me alienta la satisfacción del deber cumplido, y la esperanza de que los sabios jueces que van á sinodarme, serán indulgentes con el discípulo que apénas asoma en la portada del grandioso templo, donde sus maestros ya se ostentan ornados con lauros de renombre y fama.

Pulsé mis fuerzas para bosquejar siquiera un en-

sayo científico y satisfacer la prescripción legal; pero ellas respondieron débiles é impotentes para acometer tan árduo empeño, mi exíguo caudal no me ofreció estable y firme base para edificar un monumento humilde, pero digno de vuestra atención. ¡Plugo al cielo! Una luz providencial y bienhechora vino á iluminarme, un respetable Profesor de esta Escuela, el Sr. Dr. D. Eduardo Liceaga, puso en mis manos fecundo é inestimable material, que bruñido con torpe cincel tengo el honor de presentar á vds. Cuanto de nuevo y útil pueda entresacarse de este despergueñado estudio, es la esencia de los consejos y enseñanzas que solícito recogí de los labios del sabio maestro; á sus inspiraciones debo haber dado cima á tan delicada tarea, por cuya valiosa y grande ayuda, le tributo un testimonio de mi imperecedera gratitud.

PRELIMINARES.

El Sr. Dr. D. Eduardo Liceaga con una bondad y distinción inmerecidas, tuvo á bien honrarme poniendo á mi disposición sus *Archivos*, en que constan escritas y magistralmente tomadas miles de historias de los enfermos que de quince años á la fecha, ha tenido que tratar en su Consulta Particular. Al revisar hoja por hoja trece volúmenes, para escoger el tema sobre que debiera tratar esta tésis, lo que más llamó mi atención, fuera de otra multitud dignas de ver la luz pública, fué el considerable número de casos de catarro de las vias biliares, su casi constante é inmediata relación con las afecciones del aparato gastro-intestinal, y sobre todo, el tratamiento eficaz y seguro á que cedían esos inveterados padecimientos. Impresionado con esa idea, me propuse estudiar el punto por cre rlo de práctico interés. Para llenar mi objeto, transcribí fiel y textualmente las historias de *trescientos* enfermos que encontré allí consignadas

analicé minuciosa y detalladamente cada uno de estos casos en particular, en seguida hice un estudio de comparación y de síntesis, é infiriendo por inducción llegué á las conclusiones que en el curso de este trabajo iré sentando. Ellas ratifican nociones admitidas ya por los autores clásicos, rectifican otras aun no suficientemente dilucidadas en la Patología biliar, y en fin, habrá algunas nuevas, ó por lo ménos, sobre las que no han llamado la atención los tratadistas.

Antes de abordar el estudio que me propongo, diré dos palabra sobre Anatomía y Fisiología biliar, para concluir *a priori*, lo que el análisis de *trescientos casos* me autorice para concluir *a posteriori*.

ANATOMIA BILIAR.

El hígado, la víscera más voluminosa del vientre, está situada en la parte superior y derecha de la cavidad abdominal, ocupa todo el hipocondrio derecho, una zona del epigastrio y avanza hasta el hipocondrio izquierdo, se acomoda bajo la bóveda del diafragma, al cual se une por repliegues peritoneales que forman los ligamentos coronario y transvèrso. Asemejándose este órgano á nn segmento de ovoide, cuya gran extremidad mirase á la derecha y la pequeña hácia la izquierda, ofrece una cara ántero-superior convexa, separada por el diafragma de la pleura, el pulmón y las seis ó siete últimas costillas y una cara póstero-inferior que por los detalles anatómicos que presenta, le dedicaremos especial descripción. Está dividida en dos lóbulos por un surco ántero-posterior que aloja hácia adelante la vena umbilical y hácia atrás un cordón fibroso, resto de la vena fetal, tiene otro surco de dirección transversal que forma lo que se ha llamado hilo del órgano; este surco está limitado á la izquierda por el ántero-superior y á la dere-

cha por el cuello de la vesícula biliar, en él se encuentra la vena porta, por él penetran los vasos hepáticos, por allí salen los gruesos canales vectores de la bilis, etc.; hácia adelante está el lóbulo cuadrado, entre éste y el resto del lóbulo hepático derecho se halla una foseta longitudinal ántero–posterior, en la que se aloja la vesícula biliar, llenándola en toda su extensión y cuyo fondo llega hasta el borde anterior del hígado, donde termina en una escotadura que le forma. Esta cara está en contacto con el codo que hacen el colon ascendente y transverso, con una porción de la cara anterior del estómago, con el pancreas y circunvoluciones del intestino delgado.

La vesícula biliar es una vegija piriforme de 7 á 8 centímetros de longitud, y de 2 á 3 en su mayor anchura, se le considera un fondo, un cuerpo y un cuello. El primero corresponde al borde anterior del hígado al que desborda algunos milímetros, reposa sobre el colon transverso y está contiguo con una porción de la pared abdominal correspondiente, en un punto que coincide con el ángulo que forman el borde costal y el límite externo del músculo recto anterior vecino; el cuerpo por su cara superior está en relación inmediata con la foseta hepática á la que se adhiere flojamente, y por su cara inferior con el duodeno y colon transverso; el cuello queda atrás del cuerpo y adelante del surco transverso. De este estrechamiento de la bolsa se desprende un canal delgado denominado canal cístico, que en ángulo agudo termina en otro formado por el concurso de los conductos excretores biliares que por el hilo emergen de la glándula y que confundidos en uno sólo constitu-

yen el canal hepático de 3 á 4 milímetros de diámetro, que alojándose en el surco transverso, se sitúa en la pared posterior del hiatus de Winslow, y que después de caminar un trayecto de 3 á 4 centímetros se une como queda dicho al canal cístico, ya confundidos reciben el nombre de canal colédoco, el cual recorre una distancia de 7 á 8 centímetros para desembocar en la pared interna y posterior de la segunda porción del duodeno. Vesícula y conductos biliares están cubiertos por la serosa peritoneal, excepto en las partes que están en contacto con la víscera glandular hepática.

Someramente he descrito los conductos excretores del fluido biliar y el apéndice ó receptáculo que adjunto llevan; estos canales son los últimos, pero no únicos vectores de la bilis, dentro el cuerpo mismo del parenquima, desde las células productoras hasta la superficie existe una intrincada y rica red de canalículos, cuyo orígen, disposición y estructura me propongo estudiar lijeramente.

La composición elemental é histólogica del hígado puede reducirse en lejítimo terreno anatómico al del lobulillo. Este es un órgano complejo en cuya constitución entran como elementos esenciales las celdillas hepáticas, éstas en confusa é irregular disposición rodean una venita de la gran red supra-hepática, entre ellas corren convertidos en tenuísimos capilares conductos biliares y sanguíneos, los primeros forman en derredor de cada celdilla mayas regulares, los segundos las forman circunscribiendo indeterminado número de esos elementos. Respecto á la relación inmediata que existe ente los canalículos biliares de orígen y

las celdillas hepáticas, es aún tema de discusión entre los histologistas, algunos afirman que existe un epitelio que separa la celdilla glicógena de la cavidad canalicular, otros niegan esa separación, sea lo uno ó lo otro lo que si está perfectamente demostrado, es que los canalículos biliares intra-lobulillares que en infinito número envuelven á las celdillas, convergen dentro del lobulillo mismo en conductos de más amplio calibre, los que anastomosándose á su vez forman redes mayores que al emerger del lobulillo se reunen con mayas semejante y forman entónces anastomosis en extremo ricas y numerosas, al grado de constituir una verdadera red extra-lobulillar, la que engrosa sus ramas cada vez más y más, hasta concentrarse al fin en solo dos conductos al llegar al hilo hepático, los que pronto se confunden en uno solo que sigue su camino hasta terminar en la cavidad duodenal.

Por lo ántes dicho se vé, que hay conductos excretores intra-hepáticos, y extra-hepáticos subdivididos los primeros en intra y extra lobulillares; todos cumplen el mismo papel, conducir el líquido biliar á un punto común, pero su estructura anatómica difiere segun caminen dentro ó fuera de la glándula. El canal colédoco y hepático están formados por una armazón fibro-elástica sin elementos musculares, sobre la cual reposa interiormente un epitelio prismático; estos conductos no poseen mucosa propiamente dicha. La vesícula biliar y el canal cístico poseen sí una capa muscular y una mucosa. Los canales biliares intra-hepáticos en sus diversas ramas y anastomosis poseen glándulas en infinito número, en racimo los de grueso calibre y verdaderos utrículos glandulares los más delgados, siendo la opinión

mejor admitida la de que estas glándulas son una dependencia del aparato biliar.

Resumiendo; este aparato es una inmensa red de canales y de glándulas que á ellos concurren. Las celdillas hepáticas mantienen íntimas relaciones con los capiliares biliares de orígen. Considerando pues al hígado como una glándula, tenemos en ella elementos productores, las celdillas, y conductos vectores, la red excretora biliar; la función de los primeros siendo esencialmente vital y producto de fenómenos íntimos en su mayor parte desconocidos, sufrirá perturbaciones distintas de los segundos, cuyo papel puramente mecánico obedece á otros principios y á otras leyes.

FISIOLOGIA BILIAR.

La bilis es un líquido de muy heterogénea y compleja composición, de un color amarillo cuando se le examina dentro de sus canales, ó verde cuando expulsado á través del estómago ó intestino, ha sufrido ya la influencia de sus respectivos jugos secretorios. Entran en su formación principalmente el agua que tiene en disolución: sales, colesterina y materia colorante; las sales son el colato y el coleato de sosa, la colesterina es un alcohol triatómico insoluble en el agua, pero soluble en la bilis gracias á la presencia de las sales de sosa, si éstas llegan á ser insuficientes ella se

precipita y forma cálculos, la materia colorante está representada por la bilifulvina que puede descomponerse en bilirubina y bilverdina. El ácido colálico que por su combinación con la glicocola dá orígen al ácido glicocólico, y con la taurina al tauracólico, proviene de los cuerpos grasos, la colesterina es un producto de desasimilación de la vida de los elementos nerviosos y la materia colorante toma su orígen en la transformación de la hematoidina de la sangre. De estos diversos principios unos como la colesterina preexisten en la sangre y las celdillas hepáticas solo se encargan de separarla, otros como los ácidos biliares y la materia colorante se elaboran en el seno mismo de la célula glandular; esta función secretora es continua, experimentando solo estimulaciones en los momentos de mayor actividad digestiva, á medida que se forma en sus fuentes el fluido biliar entra y progresa en su red de excreción en virtud del *vis á tergo*, es decir empujada por la presión que el líquido nuevamente secretado ejerce sobre el que ya contenían les canales biliares, contribuyendo también á su avance la contractilidad de éstos; en resúmen el fenómeno de la excreción biliar se verifica de la manera siguiente: la bilis llega al canal hepático y penetra directamente al duodeno, por el canal colédoco en el momento de la dijestión; fuera de ésta el canal colédoco oponiéndoseá su paso, la bilis refluye por el canal cístico á la vesícula biliar, que le forma un verdadero receptáculo.

No está aun científicamente definido el papel fisiológico del jugo biliar. Con cierto acopio de razones se cree que emulsiona las grasas y facilita así su absor-

ción, que neutralizando la acidez del quimo favorece la digestión pancreática que deberá hacerse en un medio alcalino, que no posee acción directa alguna sobre los principios albuminoides, amiláceos ó azucarados etc. y otras propiedades que aun están en tela de juicio. Se le conceden al presente tres usos mejor determinados: una función *antiséptica* que se opone á la fermentación pútrida en el intestino, un papel *depurador* del organismo consistente en la eliminación de la colesterina, pigmentos biliares y grasas, ayudar á la *caída* de los antiguos y ya gastados elementos epiteliales del intestino y á la *restauración* de los nuevos, contribuyendo de este modo á la mejor elaboración y absorción alimenticia. Una vez en la cavidad intestinal sus componentes siguen suerte vária, la colesterina y una parte de la materia colorante se encuentra en las heces fecales, la otra porción de pigmentos se reabsorve y transformada en urobilina se elimina por los riñones, así como también la taurina que bajo la forma de urea sigue la misma vía, y en fin el ácido colálico sale por el pulmón en forma de agua y ácido carbónico.

Sobre tan delesnable é insegura base fisiológica, nada positivo podría concluirse *á priori* de lo que sobrevendría en el caso de que este jugo detenido en un punto de su curso, no llegara en cantidad suficiente á la cavidad duodenal, empero y á reserva de hacer posteriores rectificaciones, en el supuesto de que las anteriores circunstancias se presentasen podría anticiparse lo siguiente: un *aumento* en el volúmen de la glándula hepática por el estancamiento biliar en sus canalículos intra y extra-lobulillares, su permanencia

y aumento de presión allí, hará que por la red linfática se reabsorvan sus principios componentes y que ya en el torrente sanguíneo con tendencia á eliminarse por el emonctorio renal, darán á la orina un *color subido* más ó menos acentuado, y cuando él no bastare á eliminar toda la bilis reabsorvida, el resíduo que quede en la economía impregnará las mucosas y parenquimas tiñéndolos de un color *amarillento*, si el obstáculo se encontrare adelante de la vesícula biliar no pudiendo dar salida á su contenido á paso y medida que le llega, se distenderá notablemente y *aumentará su volúmen*, no afluyendo ya al intestino la materia que tiñe los escrementos, éstos aparecerán *incoloros* á la vez que con gran cantidad de *grasa* que no pudo absorverse por falta de emulsionamiento preliminar, faltando igualmente el agente antifermentescible en la cavidad intestinal, los gases se producirán con mayor abundancia, trayendo el *meteorismo* y además exagerada *fetidez* de la heces, ausente el estimulante de las contracciones peristálticas del intestino vendrá la *constipación*, la que á su vez estorbando la fácil expulsión de los gases por la vía rectal ayudará á la aparición del meteorismo, por último suprimido lo que favorece la muda epitelial y por ende la digestión y absorción, si este estado se prolonga vendrá un *enflaquecimiento* al individuo y un notable deterioro de su organismo.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El catarro ó inflamación del epitelio de los canales excretores de la bilis, puede existir tanto en la red intra-hepática como en los gruesos y exteriores conductos que de ella emanan. El proceso aunque idéntico anatomo-patológicamente considerado, se traduce sin embargo por signos y síntomas diversos, por cuadros clínicos que se apartan en grado vário, según que se localice ó circunscriba á uno ú otro segmento excretor, ya que afecte á ambos simultánea ó sucesivamente. En el curso de este estudio me concretaré solo á tratar el catarro de las vias biliares *extra-hepáticas*, tocaré de paso y en su oportunidad algunos casos en los que en mi concepto el proceso se propagó por invasión ascendente y progresiva al territorio intra-glandular, no refiriéndome nunca al caso en que la flegmasía catarral pueda afectar á la red capilar sola y primitivamente, por no haber descubierto de esta clase ni un solo ejemplo en la série que analicé para formar el presente trabajo.

El catarro de las vías biliares extra-hepáticas se ha subdividido por los autores clásicos modernos en dos entidades: la *Angicolitis* ó inflamación del canal colédoco y *Angiocolecistitis* ó de la vesícula biliar y fundan esta división en la mayor frecuencia de la primera, en que una y otra tienen causas de orígen que difieren entre sí etc; pero teniendo en consideración

que la primera de estas proposiciones no es absoluta, que la segunda no es del todo exacta como trataré de probarlo con elocuentes datos estadísticos que expondré más adelante, considerando tambien que la regla general es que existan juntas ambas formas, que causas iguales ó semejantes producen tanto una como otra y que teniendo un mismo punto de partida habrá que confundir su tratamiento etc. concluyo que aunque la división pudiera ser buena desde el punto de vista clínico, ella es puramente artificial y creo por lo mismo más lógico y científico estudiarlas bajo la denominación común de *catarro de las vias biliares*, comprenderlas en un solo cuadro y mantener así indivisible un proceso único por su misma esencia y solo con variantes de detalle que satisfactoriamente explican las particularidades anatómicas y fisiológicas que les son propias.

Sentadas las explicaciones precedentes entro en materia. (*)

EDAD. El catarro de las vías biliares se presentó en todas las épocas de la vida, desde la primera infancia hasta la senectud. No invadió sin embargo con igual frecuencia á todas las edades. El período que abarcó el mayor número de casos, estuvo comprendido entre los 20 y 30 años (120), aquel en que se presentaron menor número fué abajo de los 20 (11), entre los que hubo 6 niños de menos de un año, entre los 30 y 40 años se contaron 65, y 64 entre los 40 y

(*) Todo cuanto diga á propósito de este capítulo lo mismo que en los que han de seguirle, será la traducción fiel y exacta de lo que se descubrió en el estudio de la série de las trescientas historias que tuve á la vista, haciendo abstracción completa de lo que en igual sentido afirman los autores

50, los restantes pasaron de esta edad (40.) Se vé pues que aquella época de la vida en que el trabajo, la actividad y los desórdenes de todo género están en su apogeo, es la que dá un contingente mayor de afectados. Llama por otra parte la atención que fuese tan raro en los niños, mas aún si se piensa que á la Consulta del Señor Liceaga los llevan en crecido número y enfermos la inmensa mayoría del Aparato Digestivo.

Sexo.—Es palmaria la diferencia entre el número de hombres afectados respecto del de mujeres; de los primeros hubo 223 casos contra 77 de las segundas, casi en una relación de 3 para 1. Se explica y concibe bien esta relación, porque el hombre por sus heterogéneas y variadas ocupaciones, por desarrollarse en un campo de actividad mas ámplio, y por ser en lo general más vicioso y desordenado, se expone con más facilidad y frecuencia al influjo de los elementos que ordinariamente producen la afección que nos ocupa.

Frecuencia.—Para formarme una idea de esta relación, tuve en cuenta que los trescientos enfermos que vengo considerando excepto seis de ellos, estubieron afectados crónicamente, y comparé este número con el de *enfermos crónicos diferentes* que en lapso de quince años concurrieron á la Consulta. De esa comparación resultó que para 294 enfermos de catarro biliar, hubo 2,856 de otras enfermedades, es decir que en la ciudad de México por cada 100 enfermos crónicos hay 10 que lo están del aparato excretor biliar, proporción que nos autoriza para decir que es más frecuente de lo que comunmente se cree.

ANTECEDENTES MORBOSOS.—No incluyo en esta denominación aquellas enfermedades que por un mecanismo más ó menos inmediato y directo pueden ocasionar el catarro biliar, pues á estas les dedico un estudio especial, sino solamente me refiero á las que aunque le precedieron, no tuvieron al parecer ninguna influencia en su determinación. Fueron tan múltiples y variadas las de esta especie que sería por demás enumerarlas, consignando solo que la sífilis, el reumatismo y las fiebres fueron las que más frecuentemente revelaron los enfermos.

El estudio analítico, por comparación y síntesis que hice de los trescientos casos de la série, arroja inestimables luces que vienen á aclarar y decidir muchos puntos que á Etiología se refieren y para aprovechar los preciosos datos que suministra esta particular estadística, es á este capítulo al que dedicaré mayor extensión y detenimiento. De ese análisis verificado con la mayor minuciosidad posible se desprende, que el catarro biliar puede ser agudo ó crónico y ya primitivo ó consecutivo, es decir, dependiente de otra lesión. De la primera variedad la *aguda-primitiva* su existencia está admitida por todos, pero como afección primera se ha exagerado extraordinariamente su frecuencia, al grado que los tratadistas sobre la materia la toman como tipo de sus descripciones, haciendo punto omiso ó apénas mencionando por incidente otras variedades aun más importantes por su frecuencia y caracteres. Llega á tal extremo su rareza, que en el cómputo que con este objeto hice, no me encontré más que con *6 casos*, dos originados por en-

friamiento general y cuatro producidos por causas que no se pudieron precisar. Encontré otro grupo de enfermos que á primera *vista* simulaban tan bien la forma anterior, que parecía iban á incluirse en ella. En efecto, sucedió á menudo que las manifestaciones de la flegmasía aparecieron tan brusca y repentinamente y con tanta agudez é intensidad, que el clínico podría muy bien haber creido tener en frente un caso de catarro biliar agudo-primitivo. En los enfermos de esta clase profundizando la investigación en el sentido de sus antecedentes patológicos, é interrogándoles retrospectivamente y en estricto y severo órden cronológico, se descubrió casi siempre que una afección crónica, sorda y poco ostensible tomaba asiento en el organismo del paciente, y que por las nulas é insignificantes molestias que le produjera no habían llamado su atención. Esas ocultas perturbaciones que en lo general precedían, fueron: un catarro gástrico ó intestinal antiguos aunque poco acentuados, antecedentes de litiasis biliar, gusanos intestinales, etc., en los que una causa ocasional cualquiera como excesos de comida ó de bebida, un fuerte contratiempo, una emoción moral intensa, etc., vino á exacerbar el mal y á determinar su propagación al campo de los canales; esas causas ocasionales sin la inflamación gástrica ó intestinal prévias, hubieran sin duda ménos fácilmente traido el padecimiento biliar. Los enfermos que el anterior aspecto ofrecieron, hubieran podido parecer á un superficial é incompleto exámen, como atacados de un catarro agudo-primitivo, no siendo en el fondo sino una faz aguda de un catarro

crónico del tubo digestivo que rápidamente y con igual intensidad se propagó al contiguo aparato de la excreción biliar.

En cuanto á la segunda forma la *crónica-primitiva*, es decir, la que consiste en manifestaciones no agudas que datan de largo tiempo atrás y que son de exclusiva dependencia de los canales ó apéndice biliares, sin que síntoma alguno emanado de otro aparato enfermo y relacionado con el anterior le haya precedido ó acompañe, si nos atenemos á lo que la estadística particular enseña, podríamos concluir que es la variedad más rara de todas y hasta agregar que los poquísimos casos que á este grupo pudieran referirse (3) son muy discutibles y aun dudosos. En primer lugar no se concibe bien como un agente exterior pueda única y constantemente obrar solo en el reducido campo anatómico de los gruesos canales, sin afectar al mismo tiempo los órganos contiguos y en segundo, que los enfermos de la série que pudieran considerarse como de esta clase por haberse presentado sin perturbaciones contemporáneas de las funciones digestivas, ni con anteriores accesos de cólico biliar que con justicia hicieran suponer una litiasis, en dos palabras, que no ofrecieron más síntomas que los que ocasiona un catarro crónico biliar simple, en estos enfermos, vuelvo á decir, quizá para ellos y para el médico pasaron desapercibidos ó velados ciertos fenómenos que recogidos y valorizados hubieran dado la clave para descubrir el padecimiento que lo determinó. Hubo otra categoría de enfermos en quienes al verificar el exámen clínico, única y solamente se encontraron signos de catarro biliar, estando ilesas

y normales en aquel momento las demás funciones, pero que al informarse de sus antecedentes morbosos se llegó al conocimiento de que habían padecido no ha mucho tiempo del aparato digestivo, de paludismo agudo ó crónico, cólicos hepáticos, experimentado grandes y continuos reveses ó contrariedades, etc. En estas circunstancias se puede asegurar que aque-l'os primeros y anteriores padecimientos, después de traer por propagación ú otro mecanismo oscuro y difícil de dilucidar la inflamación de los canales y vesícula biliar, posteriormente ya por los esfuerzos de la naturaleza, ya como resultado del régimen higiénico ó terapéutico á que fueron sometidos, desaparecieron esas enfermedades ó influencias y dejaron solo como indicio cierto de su pasada existencia la complicación biliar que en aquellos momentos se observa.

Lo anteriormente expuesto, es decir, la suma escasez de casos claros y bien definidos de catarro biliar crónico-primitivo que pueden entresacarse de un número tan crecido de observaciones, la difícil concepción de su manera de ser, la circunstancia de que los pacientes que aparentemente parecen entrar en esta categoría, resultan con que sufrieron ya otros males ó estuvieron sujetos á influencias que innegable y sabido es lo pueden producir pero que están ausentes en la época que consultan, nos induce á pensar y suponer que esta variedad en el fondo no existe ó al ménos es excesivamente rara.

De todo lo dicho se desprende que el catarro primitivo de las vias biliares extra-hepáticas ya agudo ó crónico fué raro en extremo, pues no hemos podido

citar mas que seis casos del primero y tres del segundo en un total de trescientos. No sucede cosa semejante con los del segundo grupo que comprende el catarro agudo ó crónico pero *consecutivos*, estos dos últimos constituyen la regla y los que en general tendrá que tratar el clínico.

El catarro *agudo consecutivo* es notoriamente más común que las anteriores formas de catarro primitivo, su número ascendió en el cómputo general á 28 casos. Ahora bien, esta proporción resulta demasiado pequeña si se le compara con la suma de casos de catarro crónico-consecutivo que fué el que visiblemente absorvió á los demás. El catarro agudo-consecutivo se presentó de dos distintas maneras, ó aparecieron *ex abrupto* y simultáneamente la causa y el efecto, ó expresado en otra forma la enfermedad productora y la producida, ambas igualmente agudas, ó bien se interpuso un lapso de tiempo entre una y otra; otras veces el catarro biliar agudo no fué sino la exacerbación de una afección crónica ya existente en el mismo individuo y que determinó una invasión al territorio de los canales. Este segundo modo de aparecer, pertenece en verdad al grupo en que lo venimos considerando si se le juzga y mira aisladamente, pero si se le estudia en relación con los fenómenos patológicos que le precedieron, no viene á ser sino una etapa de la marcha que generalmente sigue el catarro crónico-consecutivo; en breve diré todo cuanto á esta modalidad se refiere. De las enfermedades que directa é inmediatamente se relacionan con el catarro biliar agudo y que mas comunmente le antecedieron con el mismo carácter de rapidez é intensidad fueron: un cata-

rro agudo del estómago ocasionado por un exceso de comida, de bebida ó de ambas cosas á la vez, una verdadera indigestión estomacal revelada por acerbo dolor en la región epigástrica con ó sin vómitos, trastornos digestivos, aspecto saburral de la lengua, calentura algunas veces (4), y cuyo catarro se propagó *incontinenti* á la vesícula y canales trayendo sus síntomas consiguientes.

En los casos que el anterior aspecto ofrecen en su marcha y manera de aparecer, nadie negará que la flegmasía biliar es secundaria y consecutiva á la del estómago que tan de cerca le precedió. Otras veces sucedió que no únicamente una inflamación del estómago fue la predecesora sino un verdadero catarro gastro-intestinal ó intestinal sólo, pero en todo caso siempre agudos y producidos por idénticas causas entre las que descolló por su frecuencia, las inmoderadas ingestiones de bebidas alcohólicas. La litiasis biliar desempeñó tambien un importante papel en la producción del catarro biliar agudo, aunque en menor escala que las afecciones gastro-intestinales. Hubo además otro grupo de causas engendradoras de flegmasía ú obstrucción biliar agudas, muy curioso é interesante, me refiero á las dependientes de la esfera moral y psíquica.

Repetidas ocasiones se presentaron en la Consulta individuos que no acusaban antecedentes morbosos de ningún género, sanos de sus demás aparatos y que solo cuando experimentaban un profundo disgusto ó recibían una impresión moral intensa, les sobrevenía un dolor muy agudo é insoportable en el lugar de la vesícula con síntomas claros y muy acentuados de re-

tención biliar; icteria despues de la crisis dolorosa, cuadro sintomático que pasaba sin dejar huellas ó que se prolongaba más ó ménos dias, aunque causando menos molestias las perturbaciones primeras. En los consultantes de esta especie por más que se pormenorizó el interrogatorio y exámen, todo fué negativo y si recojiéndose como *único* antecedente el *choque* moral recibido.

Entro ahora en consideraciones sobre la cuarta de las formas en que hemos subdividido el catarro de las vias biliares, la *crónica consecutiva,* la más interesante, la que mas absorverá nuestra atención, tanto por su frecuencia absoluta y relativamente considerada, por su especial y característica manera de presentarse, como por su desesperante rebeldía á la terapéutica cuando no se instituye un tratamiento basado en los principios que en el curso de este trabajo desarrollaré.

El aspecto que esta forma ofrece es de tal manera peculiar y está tan á menudo y visiblemente relacionada con un catarro crónico del *estómago ó intestino,* que muy bien hasta pudiera crearae una entidad que se llamaría catarro *gastro-biliar* crónico, tanto así se hermanan y confunden los fenómenos patológicos que de uno y otro órgano dependen. Si de los 300 casos que vengo considerando eliminamos los 37 que han sido computados ya en los grupos anteriores, quedan 263 que corresponden á esta última variedad, respetable número que nos está diciendo que entre 8 enfermos de catarro de las vias biliares, 7 de ellos lo llevan en la forma crónica-consecutiva. Del análisis de las historias de estos enfermos resultó, que las

afecciones prévias ó estados morbosos que originaron el catarro biliar, fueron en el órden de su mayor frecuencia, un catarro gástrico, gastro-intestinal, ó intestinal puro, la liatasis biliar, las emociones morales, el impaludismo, los parásitos del intestino y una intoxicación crónica por venenos minerales.

En 170 de los 263, el catarro crónico del estómago trajo el catarro biliar, en todos ellos la relación de causa á efecto se comprobó por distintos medios, de modo que la conclusión no pudiera atacarse diciendo que se había cometido el vicio de raciocinio *post hoc ergo propter hoc*; se averiguó con la misma rigidez de investigación y criterio que en *todos* sin excepción la lesion estomáquica les había precedido y á la sazón les acompañaba tambien. Esta coexistencia es tan evidente y fácil de apreciar que no se ocultará siempre que se presente en los enfermos. Los elementos que modifiquen el estado normal y fisiológico del estómago serán segun ésto, factores mediatos que más ó ménos tarde alterarán de igual manera las funciones de excreción biliar, es por esta razón que me detuve á buscarlos. Treinta y cuatro catarros gástricos fueron ocasionados por irregularidad en las horas de hacer las principales comidas, y vino por lo general en aquelas personas cuyas ocupaciones, negocios y exagerada actividad no les permitían tomar sus alimentos siempre á una hora fija, 13 por haber ingerido por largo tiempo alimentos de difícil digestión ó defectuosamente condimentados, 19 por gastronomía y desórdenes en la calidad de los manjares, 3 por incompleta masticación debida á la falta completa de dientes, 45 por tener la inventerada y antigua costumbre de to-

mar las *once*, 5 eran alcohólicos consuetudinarios, 4 habían recibido alguna vez golpes en el epigastrio, y y en los 51 restantes no se encontró causa productora clara y bien definida pero en quienes era tambien evidente la gastritis crónica. En 37 su catarro crónico biliar fué precedido ó estuvo acompañado, no de una inflamación gástrica solamente como en el grupo que antecede, sino que á ésta se agregó un estado inflamatorio del intestino delgado, es decir que para éstos una verdadera gastro-enteritis fué la afección primitiva; en 11 ocasiones esta lesión flegamásica fué traida por el alcoholismo, en 9 hubo prévias indigestiones y en las 17 restantes las causas productoras fueron complejas ó quedaron indeterminadas. Esta clase de pacientes llevaban un catarro biliar y evidentemente consecutivo al gastro-intestinal concomitante, ofreciendo las mismas alternativas y paralela evolucion ambos padecimientos. El catarro intestinal puro en el que había quedado indemne el estómago, produjo en 26 casos la complicación biliar, en 9 de ellos vino por desarreglos ó mala calidad de la alimentación, en 3 el alcohol lo ocasionó y en los otros 14 no se precisó la causa de su producción.

Al revisar particularmente las historias descubrí otro género de causas que aunque no se presentó con la misma repetición y frecuencia que las precedentes, no por eso carecen de importancia, y son dignas de tenerse en consideración, aludo á los parásitos que viven en el intestino, pude registrar en la suma total, 10 casos perfectamente diagnosticados por la expulsión de tan molestos huéspedes, la ténia solium existió 5 ve-

ces, las ascárides lombricoides 3, y los oxiuros vermiculares 2; en 6 de los referidos 10 casos, los gusanos por sí mismos produjeron la obstrucción sin flegmasía puesto que sin haber catarro intestinal ocasionado por ellos ó por otras causas, vinieron accesos de cólico biliar con su cortejo de perturbaciones directas y reflejas, fenómenos todos que como por encanto desaparecieron luego que se administraron los antihelmínticos, en los otros 4 del mismo orígen existía además catarro gastro--intestinal provocado por su presencia, puesto que todo acabó con su expulsión.

Las precedentes variedades de causas que predisponen ó traen de hecho un catarro de las vias biliares, aunque aparentemente distintas, fundamentalmente todas se reducen á ésta sóla, un catarro crónico de las vias digestivas. Vamos á entrar en seguida en el estudio de otro gremio que no tiene relación ni dependencia con el aparato digestivo. Entre las de este grupo figura en primera línea la litiasis biliar, y aunque en menor escala, tiene derecho para ser mirada como de las que más frecuentemente traen consigo el catarro biliar, sobre todo el de la vesícula, pero no la única y casi exclusiva como parecen sentarlo los patologistas. Casos de esta especie se entresacaron 29 en los 300; de éstos solo en 7 se pudo asegurar sin vacilación, porque los enfermos arrojaron por el recto cálculos ó arenillas características, cuerpo de delito que ya no dejó perplejo el espíritu sobre la naturaleza de la enfermedad, en 22 el orígen solo se pudo asegurar por las razones siguientes: en ninguno de ellos se pudieron recojer antecedentes que revelaran

un preliminar padecimiento del tubo digestivo, se presentaron con accesos de cólico hepático típicos que venían sin pretexto ni achaque como sucede cuando aparece por repleción de la vesícula determinada por obstrucción inflamatoria del canal cístico ó colédoco, que se repetían con intermitencias variables de tiempo y sin obedecer á causas exteriores, etc., y á mayor abundamiento no llevaban los enfermos de este grupo ningún estigma ni manifestación de alguna otra de las enfermedades que también ocasionan el catarro biliar, por exclusión y aun por sí mismo el cuadro anterior no puede caber más que en el supuesto ya sentado, lo único que faltó fué comprobar de *visu* la expulsión de los cálculos, dato que si como positivo es de gran valor, como negativo pierde su peso por la dificultad é inconvenientes manuales que trae su busca en las heces. En 11 de estos enfermos, luego que el acceso de dolor hubo pasado, las consecuencias del enclavamiento del cálculo y síntomas consiguientes se disiparon á las pocas horas, quedando así el paciente sano y bueno como ántes del accidente, en los otros 18 en que el acceso se prolongó por más tiempo, quedaron trastornos gástricos ó intestinales que en unión de la inflamación canicular, causada por la larga y forzada estancia de un cuerpo extraño en la via colédoca, caminaron después juntos y siguieron así su marcha hasta desaparecer.

Vamos á examinar ahora el grupo que comprende las influencias del órden moral, las que después de rigurosas y detalladas pesquisas clínicas, fueron los únicos factores que quedaron en pié para explicar la aparición del catarro ú obstrucción biliar que se observó.

Estos factores de la esfera moral fueron: emociones, disgustos, contrariedades, reveses, etc., y revistieron siempre ésto de especial, el no bastar el que se experimentasen una sola vez para producir sus efectos, sino que mas bién á su repetición y frecuencia que se prolongó por harto tiempo, se debió su papel de causas predisponentes á la par que determinantes de la enfermedad en cuestión. Los pacientes incluidos en esta clase se expresan así: que después de no interrumpidos disgustos y pesares, que por arrastrar una vida penosa y difícil, comenzaron á padecer un dolor en el epigastrio ó hipocondrio derecho; á venirles poco á poco un color ictérico; al explorarlos se les encuentra crecida y dolorosa la vesícula biliar, sin que revelen por ningún síntoma, sufrimiento alguno en otra parte. Con este cuadro se encontraron 41 individuos, de los cuales en 13 se descubrieron también perturbaciones digestivas, que según ellos, habíanles sobrevenido á consecuencia de las mismas influencias psíquicas. En las historias referentes á este grupo, por más que con empeño y cuidado se buscó otro elemento etiológico que no fuese el moral, fué en vano, no lo hubo. Cuando estos choques morales se experimentaron poco intensos pero continuados y por largo período de tiempo, produjeron, como dije ántes el padecimiento biliar crónico, pero cuando éste ya existia en la misma forma, si el elemento moral venía á producirse en estas circunstancias, entónces obraba como causa determinante de una exacerbación, haciendo que el mal preexistente ofreciera una faz aguda, ó de otro modo, cuando solo existía un catarro

crónico del estómago aún sin complicación biliar, esa misma causa acentuó este patológico estado, y precipitó su propagación al canal colédoco y hasta la vesícula, cosa que pudo observarse en multitud de ocasiones con los enfermos de la série.

Réstanos para concluir, mencionar otro grupo altamente interesante; ese grupo lo formaron 17 enfermos en los cuales lo único que habíales precedido inmediatamente había sido un *impaludismo* bien caracterizado, tanto porque algunos de ellos venían de lugares donde reinan endémicamente esas fiebres, como por la intermitencia y periodicidad de las calenturas, notable hipertrofia esplénica así como por su pronta y completa curación con el tratamiento específico; en 9 de los 17 no se encontró mas que el catarro biliar y *nada* en los demas aparatos, en los restantes á la par que llevaban este padecimiento acusaron síntomas de un catarro crónico concomitante.

Por último, 3 consultantes rindieron como único antecedente, una intoxicación plúmbica el primero y un uso inmoderado de los arsenicales los segundos, y como lesión actual y presente un catarro crónico biliar con notable abultamiento de la vesícula.

Hemos pasado en revista los diversos padecimientos que predisponen ó producen de hecho el catarro de las vias biliares, de algunos como los dependientes del aparato digestivo y litiasis biliar es ya indiscutible su papel, de los demás aun podría argüirse su influencia, posteriores y cuidadosas observaciones vendrán á resolver definitivamente esta cuestión, pero por lo pronto preocupa y llama la atención, las repetidas oca-

siones que al ménos en la série que he tenido á la vista, ellos fueron los únicos que antecedieron al padecimiento biliar, y aun más, si se considera que muchas de esas historias nada mencionaban de algún otro mal que los hubiesen acompañado. Ahora, ¿porqué mecanismo esas enfermedades causales traen el catarro y la obstrucción de los canales excretores de la bilis?

Respecto de unas, la explicación es bien sencilla, de las demás es obscura y difícil, pero interinamente pueden forjarse hipótesis, que ulteriores estudios y descubrimientos vendrán á justificar ó á sustituir por la verdad en su manera de obrar.

Las relaciones anatómicas é histológicas que existen entre el duodeno y el canal colédoco son tan íntimas y estrechas, la mucosa del estómago y del yeyuneo continuándose con la que tapiza la cavidad duodenal, el epitelio de esta porción de intestino internándose en la cavidad del canal colédoco para cubrir la cara interna de su pared, así cómo la del cístico vesícula biliar y canal hepático, se concibe sin esfuerzo que un trabajo flegmásico agudo ó crónico de la mucosa gástrica, pueda avanzar, ya por el progreso natural del proceso, ya acelerado por extraños elementos, á la mucosa duodenal y por continuidad propagarse al canal colédoco, no detenerse allí y continuar su invasión hasta el cístico, vesícula biliar, llegar hasta el canal hepático y si se quiere, aun seguir ascendiendo hasta los canalículos intra-glandulares. Esta irrupción inflamatoria que desde el estómago puede llegar hasta el hígado, es positiva y ejemplos de esta

manera ascendente de progresar las flegmasías catarrales, nos los ofrece la naturaleza en otros aparatos de la economía. Así una uretritis simple ó específica puede traer por continuidad una cistitis, seguir el proceso por los uréteres y llegar á las pelvicillas renales etc.; de igual modo que una traqueitis puede por propagación avanzar á los gruesos, medianos ó pequeños bronquios y así llegar hasta las vesículas pulmonares. La porción terminal de la red excretora inflamada ya como hemos dicho, hinchadas sus paredes, exajerada su secreción mucosa, activada su muda epitelial y convergiendo el resultado de estas condiciones á un mismo fin, con suma facilidad producirán la atresia ó estenosis completa de esos tubos de excreción, tanto más fácilmente cuanto que son tan exíguos y pequeños los diámetros de su calibre. Por otra parte, la poca fluidez del líquido biliar y su espesa consistencia, lo lenta y trabajosa que es su marcha á través de sus canales impulsado sólo por la débil tensión del *vis a tergo*. cuando un obstáculo por insignificante que sea se oponga á su camino, la corriente biliar será impotente para desalojar el obstáculo, abrirse paso y continuar su curso. Está por demás decir que para que esta flegmasia catarral se verifique por propagación, es condición indispensable que el duodeno se afecte préviamente y como este segmento de intestino es como un *puente de paso* ó intermedio entre el estómago y el resto del intestino, fácil y muy sencillo será que el proceso baje del estómago ó suba del yeyuneo cuando en estaspartes se inicie su aparición.

Cuando la *gravelle* propiamente dicha existe, es de-

cir, cuando en el organismo hay un retardo de la nutrición, una discracia ácida, como se le ha llamado con razón, encontrándose estos principios en exceso, su acidez trae en la bilis una alteración de su composición que favorece la precipitación de los cuerpos que contiene disueltos gracias á su normal alcalinidad, éstos acumulándose ya en los canales, ya en la visícula donde ese líquido se estanca periódicamente, las arenillas ó cálculos obran allí como cuerpos extraños permanentes y su contacto trae á la larga la inflamación de las paredes, ó bien al ser conmovidos y arrastrados por la corriente podrán atorarse en los canales cístico ó colédoco y su irritación engendrar un espasmo sólo ó seguido de flegmasía; de suerte que su estancamiento en la vesícula, su forzado deslizamiento, su intermitente ó continuo pasar por las vías de escape, pueden traer rápida ó tardíamente su inflamación. En estos casos los cálculos ó arenillas constituyen el estado anormal primero, el catarro la afección secundaria ó efecto. Hay otros en que pasa lo contrario, el catarro biliar funge como causa de la formación de cálculos que son su efecto. El moco secretado por la vesícula inflamada, posee una reacción ácida que descompone los sales biliares, con lo que pierde la bilis su propiedad disolvente, dejando depositar el pigmento y la colesterina que forman la arenilla biliar, orígen primero de los cálculos. En ambos casos existen catarro biliar y cálculos; pero según preceda uno ú otro cambia la significación, el pronóstico, el tratamiento, etc.; pues en un caso los dos están bajo la dependencia de un estado general enfermo ó diatésico, mientras que en otro la lesión es puramente lo-

cal y mantenida por diversos motivos que acarrean á la postre idénticos resultados. El primer estado viene en lo general en las gentes que llevan la diátesis artrítica, obesas y de vida sedentaria, el segundo en las que padecen crónicamente del aparato digestivo y por ende repetidas ocasiones del biliar limítrofe.

Admitido que factores del órden psíquico obran ya como causa primera del catarro biliar, ó como causas determinantes de agudas exacerbaciones cuando ya existe, queda por averiguar cómo pueden traer consigo esa particular complicación. Hay que referir este mecanismo á trastornos vaso-motores, á modificaciones en la distribución de la sangre en la red biliar, ó como también se cree á un espasmo del tejido muscular de los canales. No se puede todavía con los actuales conocimientos explicar satisfactoriamente estos tan intrincados problemas de patogénia. Más oscuro es aún el mecanismo por el cual las fiebres palustres produzcan el catarro biliar en el trayecto extrahepático que hemos venido considerando. O es el efecto de la infección general, ó en esta enfermedad parasitaria los principios que elaboran los hematozoarios, los productos de su destrucción al eliminarse por la bilis, como por la vía renal, irritan el epitelio canalicular inflamándolo. De idéntica manera es probable obren los principios tóxicos minerales, que se acumulan en los tejidos y que lenta pero seguramente se eliminan por la bilis. Para los últimos tres grupos de causas, afecciones morales, impaludismo, é intoxicación crónica mineral, teniendo presente que en buen número de los enfermos que las presentaron existían á la sazón síntomas claros de alteraciones digestivas,

podría aventurarse esta explicación: obran por intermedio de la lesión gastro-intestinal que á veces ocasionan. Puntos que resolverá el tiempo por venir.

SINTOMAS Y MARCHA.

En el capítulo anterior quedó consignada la extraordinaria frecuencia de la forma crónica–consecutiva (260 entre 300,) circunstancia que le concede predominante papel, por cuya razón la tomaré como tipo para la descripción sintomatológica. En general lo que refieren los enfermos al presentarse á consultar sus males es, que desde largo tiempo atrás, muchas veces varios años vienen sintiendo una molestia indefinida, una sensación de estorbo ó pesantez en la región epigástrica ó de la vesícula biliar, estado que se ha acompañado de dispepsia estomacal, consistente principalmente en falta de apetito, agrios, acedos, eructos, pirosis á lo que á veces se agregan náuseas ó vómitos y meteorismo gástrico; á través del tiempo esta situación se ha venido acentuando más y más haciéndose muy intensos las perturbaciones digestivas y convertirse en verdadero dolor la simple molestia que ántes les aquejara. En otro grupo no ménos crecido de casos, la enfermedad comenzó por un claro y fuerte dolor en la misma región, que apareció con el carácter de verdadero cólico, dolor que se retiraba y volvía á intervalos variables de tiempo, que se aproximaban cada día

hasta llegar á convertirse de intermitente que era el principio en continuo é insoportable. O bien, otros puramente acusaban trastornos digestivos de mayor ó menor importancia, pero sin manifestación dolorosa alguna. Esta molestia ó verdadero dolor que sufrían los enfermos tanto en su pasado como en su presente, revistió caracteres especiales dignos de considerar.

El *dolor* en cualquiera de sus formas se localizó la mayoría de las veces en la región de la vesícula biliar, 128 acasiones, el cual ó permaneció allí fijo, ó se irradiaba en distintas direcciones, 38 veces á un punto diametralmente opuesto en la región dorsal, 7 á la base del torax; en 107 el dolor aparecía en el epigastrio, ya quedándose allí ó propagándose al hipocondrio derecho como aconteció en 27 ocaciones y 9 al resto del vientre y más ó ménos soportable, pero algunas veces agudísimo y que venía por *ataques*, como si fuese un lejítimo cólico hepático, con vómitos, trastornos vaso motores y demás fenómenos reflejos. Este síntoma aumenta ó disminuye de distintas maneras, en efecto se hacía mas intenso con la ingestión de alimentos en 47 enfermos, con disgustos ó contratiempos en 19, con la presión en 6, con los movimientos en 5 y en 4 de las 26 mujeres que menstruaban se les acentuaba más, cuando les venía el período. Por el contrario, se vió ese dolor disminuir con la presión suave que instintivamente se hacían en 26, con las comidas en 18, vomitando en 21 y expulsando gases por la boca en 5. Se vé pues que lo que más comunmente exacerba el dolor son los alimentos y los disgustos y lo que principalmente lo atenúa son la presión suave y los vómitos, particularidades importantes de saber y de

descubrir para evitar unas y recomendar otras según convenga.

Otro importante signo que por su relativa frecuencia y significación, merece atención y estudio es la *icteria*; este color amarillento más ó ménos subido de las conjuntivas y tegumentos, se buscó siempre con empeño y repetidas ocaciones sirvió de letrero que escrito en la mucosa ocular, estaba indicando el sitio y naturaleza del mal y que no se verificaba normalmente la excreción biliar; á menudo en los enfermos de catarro biliar está claro, se puede fácilmente comprobar y si lo acompañan otras manifestaciones es un auxiliar de cierto valor diagnóstico, pero es por desgracia inconstante y falta por completo multitud de ocasiones, de lo cual resulta que si su presencia es importante y útil, su ausencia no excluye de ninguna manera la flegmasía catarral extra-hepática, con tal que se descubran otros signos de que hablaré después. A la icteria se le ha concedido hasta aquí preponderante papel en el cuadro sintomatológico del catarro biliar, se le ha exagerado tanto, hasta el grado de considerarla como sinónima de éste, conduciendo este modo de pensar hasta llegar á decir á algunos autores, que es el mejor signo con que se puede contar para llegar al conocimiento de la enfermedad. Repito, lo anterior no traduce la verdad plena, pues del análisis minucioso que en este sentido hice de los enfermos de la série, resultó que en 300 casos de catarro biliar innegables por otras razones de mayor peso, solo se encontró la icteria en 129, es decir en los dos quintos del número total. El tinte amarillento cuando no se

limitó á las conjuntivas, sino que existía también en la piel ofreció por lo general un tinte uniforme, exceptuando ocho casos en que la pigmentación del cuerpo se presentó por manchas de dimensiones várias, separadas entre sí y dístribuyéndose principalmente en la cara, pecho, espalda y cuello, las que algunas veces invadieron tambien la mucosa bucal. Cuando no se descubría la icteria en el momento del exámen, ni en la piel ni conjuntivas, se insistía por el interrogatorio sobre si la había habido en épocas anteriores, porque suele suceder que aparece cuando el padecimiento crónico se exacerba y que se disipa poco despues terapéutica ó expontáneamente. Si el tegumento externo no está teñido de amarillo pero que por otros motivos se presume un catarro biliar, si se desvía la investigación hácia la orina, allí por el exámen macroscópico ó análisis químico se recojerán datos de suma importancia; los informes anamnésticos dirán si la orina ha presentado un tinte subido y como color de caoba, los reactivos revelarán la presencia de los pigmentos biliares. Veinticuatro individuos solo pudieron decir que orinaban muy subido, ó expelían orina *muy irritada*, á los demás á quienes se inquirió el mismo dato ó contestaron negativamente ó como pasó con el mayor número, lo ignoraban. La rareza de este signo, orina subida de color, que segun el raciocinio debiera ser de los más frecuentes, no es más que aparente, pues de seguro existió mayor número de veces, sino que los pacientes lo desconocieron casi siempre y por esta circustancia no se pudo recojer. En 7 veces que se hizo el exámen de la orina, se encontraron apreciable cantidad de pigmentos biliares,

que no se habían apreciado por el exámen físico por no haber imprimido cambios perceptibles de coloración á las orinas. La icteria aparece rápida y en breve tiempo cuando sucede á un cólico por repleción ú obstrucción completa, ó lentamente si el mal es sonso y francamente crónico, ofreciéndo de particular cuando ya existe que camina á la par con el padecimiento, se acentúa cuando éste se exacerba, disminuye ó desaparece cuando se mejora, en fin que viene y se vá con las alternativas de la afección.

A pesar de que se tuvo siempre especial cuidado en informarse si las heces fecales estaban incoloras, sólo se pudo saber que sí lo eran ó lo habían sido en 27 casos, en otros el dicho del paciente era indeciso ó no lo habían observado y en el mayor número fué negativo; lo que traducido al lenguaje clínico quiere decir que es harto rara la obliteración completa del canal colédoco y sí común el estrechamiento relativo de su calibre.

De los síntomas que pasan en el intestino lo más notable y frecuente que se observó fué lo siguiente: de los 170 enfermos en que el catarro biliar fué consecutivo á otro del estómago, 121 presentaron una *constipación* muy tenaz, durando algunos 8, 12 y hasta 15 días sin evacuar, el resto de los 170, 49 cumplían naturalmente la función de la defecación; de los 121 enfermos constipados, 65 llevaban un exagerado *meteorismo*, que por los dolores ó molestias que les ocasionaba, preocupó altamente su atención. En los individuos cuya lesión era un catarro gastro-intestino-biliar ó intestino-biliar solamente, la diarrea más ó

ménos acentuada ó las alternativas de ésta y la constipación constituyeron la regla.

Del grupo de los signos físicos estudiamos ya la icteria, aun nos faltan por analizar otros de sumo interés y tan característicos y peculiares, que bastarían por sí sólos para dar al catarro de las vias biliares la fisonomía que la individualiza y distingue.

En primer término hay que *ver* la lengua, este órgano se encontró blanquizco, súcio ó francamente saburral en 143 enfermos, de un color rojizo en toda su extensión ó sólo en sus bordes un número menor de veces 31; el primer estado coincidió casi siempre con un catarro gástrico, el segundo con un catarro intestinal. Pasando en seguida al exámen de la región hepática, punto culminante de la exploración y donde se desplegará toda la sagacidad posible y mayor cuidado, se encontrarán por los distintos medios clínicos que allí se emplean preciosos datos para la múltiple conclusión á que ha de llegarse. *Inspeccionando* la región de la vesícula biliar se aprecia de ordinario un abultamiento más ó ménos considerable, un levantamiento en forma de tumor que suele avanzar hasta el ombligo ó que se detiene más arriba, ya afecta la forma de un globo de base inferior ó lo que es más común no tiene forma regular ni geométrica. Excepcionalmente la vista no descubre esta anormal deformación, por no existir ó por que es poco notable é incapaz de distinguirse por unos ojos poco prácticos y ejercitados; si despues se recurre á la *palpación* por este camino se comprueba lo anterior ó lo descubre en caso de que se hubiere ocultado, pues en efecto, la mano apli-

cada suavemente percibe una sensación de resistencia semejante á la que daría una vejiga muy llena de líquido y si se ejerce una ligera presión, el enfermo siente dolor aunque otras veces esta operación es indolora; al hacer la palpación se observó un gran número de veces que el dolor que el paciente no había podido localizar ó que refería al epigastrio v.g., advierte ó rectifica en este momento que allí es donde reside el supradicho dolor ó donde tiene su punto de partida. Sucede cuando el crecimiento vesicular es pequeño que la palpación misma nada encuentra, ni tumor, ni sensación extraña, etc., en cuyo caso se recurrirá á la *percusión* procedimiento más seguro y delicado de todos. Percutiendo en las línaes paraesternal, mamilar, intermedias y limítrofes, se obtiene una *zona mate*, una *onda obscura*, que tiene como centro el ángulo que forma el músculo recto anterior derecho y borde costal contiguo, onda mate que se extiende hácia abajo y á los lados á distancias variables con cada caso particular. Si á esta zona ó tumor que simula una pera ó globo invertidos, que ocupa la región donde asoma la vesícula biliar y que dá una sensación de resistencia, se agrega que disminuye ó desaparece por una manipulación que estudiaremos en su oportunidad, se afirmará sin vacilación qne se trata de la vejiga de la hiel distendida por un patológico estancamiento biliar. Las anteriores condiciones se encontraron juntas ó por lo ménos la zona mate que disminuyó por la percusión, en *289* de los 300 enfermos en quienes se buscó, en otros términos que casi en la tocalidad de casos de catarro de las vias biliares, se encontró crecida la vesícula del mismo nombre, conclu-

sión de tan trascendental valor que dá al signo una importancia decisiva al grado de poder casi decir que es el *signo patognomónico* de la afección; en esas 289 veces que se encontró crecida la vesícula, 116 de ellas estuvo al mismo tiempo dolorosa cuando se la comprimía.

Después de la vesícula se pasa á explorar el *hígado* con los medios que se usan para el objeto, ésto hecho con los enfermos de la série, se le encontró 22 veces crecido hácia arriba principalmente y algo hácia abajo, en 278 este órgano se encontró normal en sus dimensiones; de las 22 ocasiones en las que se le encontró grande, en 10 disminuyó á los pocos días bajo la influencia del tratamiento, en 7 no bajó sus dimensiones y las 5 restantes no se supo su suerte por no haber vuelto los consultantes. En los casos anteriores de crecimiento hepático no incluyo aquellos en que sólo parecía estarlo el lóbulo izquierdo, pues por la confusión que puede caber entre este estado y el abultamiento de la vesícula, merece mención especial que tocaremos á su tiempo y mejor oportunidad. El *bazo* debe tambien explorarse cuando hay actuales manifestaciones palúdicas ó aún cuando no existan á la sazón, con tal que se hayan sufrido próxima ó lejanamente y también cuando el enfermo acuse periódicas ó intermitentes ciertas extravagantes y anómalas perturbaciones que pudieran depender de una intermitente larvada. Este precepto puesto en práctica las veces que se ofreció, se encontró crecida la área esplénica en 27 veces, en varios de estos enfermos el catarro biliar pareció estar bajo la dependencia del envenenamiento palúdico y vino des-

pués que éste; en otros la malaria se injertó posteriormente. Hay por último un conjunto de síntomas que pertenecen á la esfera *psíquica* y que á menudo preocupan grandemente al enfermo, pidiendo con instancia se les haga desaparecer; no son por supuesto emanados directamente de la flegmasía biliar, sino más bien efecto del estado general. Así en 23 puede encontrar que había apatía física y moral, pereza, displiscencia, poca aptitud para el trabajo, etc., en 16 por el contrario, extrema irrascibilidad, carácter violento, etc., éstas diversas perturbaciones aunque trascendentales á veces por los males que acarrean en el medio social, en sí mismas no tienen valor ni significación, teniendo probablemente su fuente en el patológico estado físico del individuo.

Concretando lo que hemos venido exponiendo, se tiene: que el único signo verdaderamente constante del catarro biliar extra-hepático, es el *crecimiento* de la vesícula, éste es sin discusión el más valioso de los datos que pudieran recojerse y el que por sí solo bastaría para descubrir y afirmar la lesión, viniendo por órden de frecuencia el síntoma *dolor* ya localizado en el epigastrio y con propagaciones al hipocondrio derecho, ó ya fijo en la región de la vesícula con su punto dorsal correspondiente, en seguida la *icteria* ya ocular aisladamente ó extendiéndose en todo el tegumento externo, á lo que se podría agregar una vieja y tenaz *constipación* con *meteorismo* intestinal y precediendo por regla general á este cuadro el cortejo de síntomas y perturbaciones que trae un catarro gástrico ó gastro intestinal.

Cuando un enfermo que lleva el cuadro que antecede ó con lijeras variantes, se sujeta al plan de tratamiento que en breve expondremos, sigue una marcha retrógrada casi siempre idéntica y uniforme, de tal modo, que pudiera pintarse en el esquema que sigue. Lo primero que mejora es el dolor por tensión biliar que se disminuye ó quita, de continuo se convierte en intermitente, de agudo en suave, etc., en seguida comienzan á retirarse los síntomas que origina el catarro gástrico, desapareciendo en primer lugar la anorexia que se sustituye por un regular ó excelente apetito, los agrios se hacen ménos frecuentes y repetidos, etc. La constipación y el meteorismo á veces rebeldes, no tardan en lo general en desaparecer al fin, la icteria es la manifestación que más tiempo emplea en disiparse. La vesícula si en la primera entrevista se encontró crecida y dolorosa, comienza por hacerse indolora, continúa por disminuir su volúmen poco á poco, hasta que en las últimas visitas se le encuentra ya enteramente vacía; ó también suele suceder que una vesícula que al principio no pudo vaciarse, á los pocos días se logra ya algo, y así más y más hasta que al cabo de algún tiempo se vacía fácil y completamente. Repetidas ocasiones los enfermos ya en vía de alivio y visiblemente mejorados cometen desórdenes de *mesa* ó alguna imprudencia de aquellas que alteran las funciones digestivas, recaen y se recrudecen las perturbaciones que ya estaban para desaparecer, Cuando ningún accidente se interpone en el camino de la salud ó mejoría, el estado general se transforma en buen sentido, el paciente se rehace y recupera sus perdidas carnes, se norman las

funciones y todo vuelve al carril de la vida normal y fisiológica.

CONSECUENCIAS.

No es mi propósito ocuparme aquí de las alteraciones anatomo-patológicas que en el sistema excretor ó en el parenquima hepático es suceptible de producir el catarro crónico biliar, sino consignar aunque sea lijera y suscintamente, ciertos trastornos ó perturbaciones que con el tiempo puede acarrear y que son dependientes de la esencia misma del proceso ó de sus consecuencias directas é inmediatas. La primera y más frecuente de este género de consecuencias fué la *anemia*, pues se encontró clara y muy terminantemente consignada en 74 de las 300 historias que recojí, casi en la relación de un 25 por 100, en ellas constaba que los enfermos correspondientes habían ofrecido bien definido el cuadro psíquico de la anemia, así como el físico, como palidez extrema de las mucosas, soplos vasculares en la base del cuello, etc. No pudiera decirse que fué una simple coincidencia sin relación de causa á efecto pues por una parte ese empobrecimiento de la sangre les vino despues de padecer por largo tiempo su catarro gastro-biliar y por otra desapareció tan pronto como este fué curado. Causas de distinto órden contribuyeron á este

resultado, la defectuosa é incompleta quimificación de los alimentos y la circunstancia capital de que no afluyendo á la cavidad duodenal en cantidad suficiente el jugo biliar, tanto la digestión como la absorción intestinal, padecerán indefectiblemente; elementos todos que convergen en el mismo sentido, el de hacer pobre y deficiente la asimliación, causa primera de la peremne formación y metamórfosis de los elementos anatómicos. Se notó en otra série de enfermos (53), un notable *enflaquecimiento*, contemporáneo ó posterior a la afección, y en todos muy notable, al grado de perder algunos hasta 50 libras de su peso primitivo, este grande y rápido desmejoramiento preocupó profundamente á los individuos que lo tuvieron hasta hacer sospechar á algunos la existencia de otra enfermedad verdaderamente séria y grave. El enflaquecimiento de estos enfermos tiene el mismo orígen y explicación que la anemia.

Yo creo que en la aparición de estos dos estados hay otra causa que también influye en gran manera. El canal excretor del jugo pancreático ó de Wirsung teniendo con el colédoco un orificio común de desembocadura en el duodeno, cuando una inflamacion catarral de éste exista y y se propague por continuidad al orificio y canal biliar, es natural pensar que del mismo modo puede avanzar al interior del canal pancreático y estrecharlo ó determinar su completa obliteración; circunstancia que traerá consigo una diminución ó falta absoluta de aflujo pancreático y faltando entónces tan importante líquido digestivo, esta capital función se verificará irregular é incomplecamente,

nueva causa que agregada á la primera contribuirá á perturbar más la operación que repara las pérdidas que en la intimidad de los tejidos produce el incesante trabajo de la vida. Con excepción de la esteatorrea, no poseemos datos seguros para afirmar clínicamente cuando el orificio ó canal de Wirsung se estrecha ó tapa por propagación de un catarro duodenal, pero fundándose en nociones anatómicas bien averiguadas, no hay razones para admitir sólo su invasión al territorio biliar y desechar la suposición de que tambien penetre al dominio pancreático.

Pude tambien encontrar en los pacientes otra clase de consecuencias mas bien relacionadas con los síntomas que con la enfermedad misma, tales fueron por ejemplo las *hemorroides* que se presentaron en 13 de los 121 enfermos que tenían la constipación, 5 que se complicaron de *hernia inguinal* que nació en el curso de la constipación y creció á la vez que los esfuerzos de la defecación fueron mayores. Finalmente me encontré con 14 francamente hipocondriacos, bien caracterizados por una preocupación en extremada manera tenaz y grande de sus penas, por depresión moral muy marcada etc. estado al que los condujo lo prolongado y rebelde de su enfermedad.

Aunque parezca sutileza y nimiedad hay que fijarse y tomar en consideración estas particularidades, por ofrecer un interés científico y práctico á la vez, sobre todo esas últimas, para unir el tratamiento terapéutico propiamente dicho, otro del órden moral y social que tienda á modificar y contrarestar esas manifestaciones patológicas del espíritu. Agregaré que de los 43 cuyo catarro biliar fué ó pareció depender de la litia-

sis biliar, 4 tuvieron al mismo tiempo la *litiasis renal* comprobada hasta la evidencia, por los cólicos nefríticos y la expulsión de arenillas por la uretra: Se complicaron otra serie de enfermos de *espermatorrea*, de *impotencia*, en fin se agregaron al catarro biliar otra multitud de estados morbosos que sería inrterminable su enumeración.

DIAGNOSTICO.

Para llegar á un diagnóstico á la par que útil, científico y elegante y poseer así una fundamental y firme base sobre que levantar un pronóstico seguro y un eficaz tratamiento, hay que intentar primeramente una correcta interpretación de los síntomas y signos recojidos, hacer por decirlo así un diagnóstico de cada uno y proveerse de escojido material, con el que pronto y de admirable manera se llegará al conocimiento preciso de la enfermedad. Concluido este preliminar estudio hay que exforzarse aún para llegar á establecer un diagnóstico etiológico y anatómico de la lesión, una vez descubierta. En lo que á diagnóstico de síntomas se refiere, mucho pudiera teóricamente decir, pero para no ser cansado y redundante, me circunscribiré sólo á lo que de más notable y frecuente se observó en la série en cuestion y con especial cuidado en aquellos que ofrecieron confusión ó dificultad en su apreciacion.

Cuando los pacientes acusen síntomas de dispepsia gástrica, habrá que averiguar si dichas perturbaciones dependen de un estado general patológico ó son el resultado de una lesión local y exclusiva del estómago. Como la gran mayoria de ellos sufre un dolor, si no le fijaren lugar predilecto de producción y lo refieren á una zona ámplia del vientre, se deberá obligarles á que precisen si es posible, el punto donde lo sienten con mayor intensidad, para saber si parte ó reside en la región epigástrica, en la visícula ó en el resto del vientre, pues acontece á menudo que lo confunden y refieren por ejemplo al epigastrio ó hipocondrio un dolor que en el fondo es ventral inferior y producido por un exagerado meteorismo, hay también que prestar atención al efecto que produce en su intensidad la operación del vaciamiento, porque innumerables veces sucede que aquel desaparece ó disminuye con la depleción artificial de la bolsa, evidente prueba de que aquella es el sitio del dolory debido á su extrema y continua distensión.

Se cumplirá siempre con el precepto de buscar la icteria ya en las conjuntivas ya en la piel, é inquirir cuando no se descubran ni siquiera huellas, si la ha habido en otras épocas; sea que haya ó no existido anteriormente pero que en aquel momento no se descubre, se indirgará la información hácia la orina, en la que se buscarán por el exámen físico ó por medio de reactivos los pigmentos biliares y en el caso de llegar á la posesión de este dato, se aclarará con los elementos ya recogidos y con los positivos ó negativos que rinda el enfermo su verdadero orígen y dependencia y dilucidar si provienen de un alteración del

parenquima hepático ó del sistema excretor. En una palabra, se tratará siempre de excluir ciertas causas engendradoras de icteria para poder atribuir con razones y confianza la que se tiene en frente, al catarro biliar en cuya pos se camina.

Entre los signos físicos que se recojen hay uno que á veces hace vacilar al práctico, por no poder desde luego reconocer su naturaleza, ese signo es la onda mate que se descubre abajo del límite inferior del hígado y en el lugar que corresponde á la vesícu'a, esta duda únicamente podrá ofrecerse cuando la ántes mencionada zona *no disminuya* ó *desaparezca* por la especial maniobra que para este objeto se usa; en el caso de ser irreductible, tanto pudiera ser la vesícula distendida pero con un estrechamienlo infranqueable adelante, como el lóbulo izquierdo del hígado aumentado de volúmen, ya por congestión, ya por hipertrofia provenida de una flegmasía crónica En las 387 veces que se ejecutó la operación del vaciamiento vesicular, la zona obscura encontrada no se modificó en la primera sesión 23 ocasiones. Como es de grande y decisiva importancia definir y resolver esta duda, se procurará siempre aclararla cuanto ántes por medio del procedimiento siguiente, que fué el que se empleó en los casos que ántes dije: se instituyó un tratamiento partiendo de la hipótesis de que se tratara de una obstrucción por catarro de los canales cìstico ó colédoco, este modo de proceder resultó eficacísimo para decidir el punto, pues de las 23 veces en que se impuso en 17 de ellas, se pudo resolver que el abultamiento ú onda mate en cuestión era debido á la exagerada repleción de la vesícula, afirmación que

autorizó la circunstancia de que en las visitas subsecuentes ya se logró vaciarla más ó ménos completamente, pues se notó en todas una perceptible diminu ción de la zona obscura, prueba inequívoca de que lo que había impedido su vaciamiento era un obstáculo grande é invencible que disminuyó notablemente con el tratamiento impuesto Si á pesar de la anterior intervención no se lograse bajar el tamaño de la supuesta vesícula, ni su depleción espontánea ó por la maniobra especial como aconteció en los 6 casos restantes, querría decir que la obliteración canalicular se ha hecho permanente y orgánica ó que en efecto es el lóbulo izquierdo el que ha crecido, ya en estas condiciones la solución del problema se dificulta más, dificultad que se vencería observando con cuidado las ulteriores faces del padecimiento. Pudiera desde luego emplearse un recurso, que aunque nunca se hizo en la consulta, se me ocurre que excepto circunstancia sespeciales resolverá pronto el asunto, ese medio sería la punción exploradora con la aguja de Pravaz, por la sensación se sabría si se penetraba en un cuerpo sólido ó en una cavidad y si se existía algún líquido su exámen físico, químico y microscópico, diría si era bilis ó una secreción patológica. No sólo con el lóbulo izquierdo pudiera confundirse una vesícula llena de bilis é irreductible, sino también con el estómago muy lleno de alimentos como por ejemplo, cuando el enfermo habiendo acabado de comer se presentase á la Consulta, pues éste ofrecería en la región epigástrica una zona obscura que avanzaría más ó ménos hácia la derecha; lo ántes supuesto aconteció en 5 consultantes de la série, en los cuales se aplazó el exámen

para emprenderlo al otro día en ayunas ó á una hora avanzada de la tarde, así se averiguó que en efecto la zona mate encontrada era producida por la repleción biliar que desapareció como de ordinario; pudiera, aunque es ménos práctico, desocuparse *incontinentti* el estómago administrando un vomitivo. Si se recuerda la proximidad grande que guardan la vesícula y el colon transverso y también cuan frecuente es la constipacion en esta enfermedad, se comprenderá desde luego que heces endurecidas y acumuladas en el lugar límitrofe, podrán muy bien por la matitez que dan á la percusión imponerse como vesícula distendida, esta causa de perplejidad es á la verdad muy rara pues solo se presentó en dos de los trescientos casos registrados. La forma distinta de la zona mate en uno y otro supuesto, su desaparición de aquel sitio por el masaje ó deslizamiento manual, bastaron para alejar esa causa de error y en último caso un purgante vendría á aclarar toda duda.

Una vez que hánse ya recojido los anteriores datos y otros que aunque de menor significación, pueden servir de importantes auxiliares, que se les ha valorizado con recto criterio y concedido con mesura y tino su vedadero valor, mucha, inmensa distancia se habrá ya avanzado en el diagnóstico directo de la afección repetidas veces con sólo este prévio análisis bastará para afirmarlo sin vacilación. Un individuo que de mucho ó poco tiempo atrás, viene padeciendo por el uso ó abuso del alcohol ó por desórdenes de carácter vário en el régimen alimenticio, de perturbaciones gástricas consistentes en vómitos, pirosis, agrios, acedos, erutos, etc., y una molestia, peso ó dolor en la

región epigástrica, que lenta ó bruscamente al influjo de un acceso ó emoción moral intensa, le ha sobrevenido á la par que icteria, un dolor espontáneo ó provocado al nivel de la vesícula biliar y que ambos síntomas, dolor é icteria ofrecen paralela marcha, que si aumenta ó disminuye el primero, se acentúa ó desaparece la segunda, que el paciente excreta heces incoloras y esteatorreicas y orina de un color muy subido, que lleva tenaz constipación y molesto meteorismo ó diarrea y dispepsia intestinal y sobre todo que á la exploración se descubre en la región de la vesícula biliar una onda obscura que disminuye ó desaparece por una sucusión *ad hoc*, ese individuo es el tipo que retrata el aspecto y estado de la mayoría de esta clase de enfermos y claro es que si este cuadro se llegare á recojer no cabría la menor duda de que corresponde á un catarro crónico y consecutivo de las vias biliares extra-hepáticas.

Si los elementos que constituyen el precedente cuadro, como es tan frecuente en clínica, no ofrecieren esa claridad y sencillez con que los hemos expuesto ó no estuvieren completos, entónces asaltarán á la mente otras afecciones que se le asemejan, Nueve veces aconteció que las crisis gástricas ó ataques de dolor y dispepsia, las perturbaciones intestinales, la intensa pigmentación ictérica, con manchas en la mucosa bucal, la anemia exagerada y profundo deterioro de la nutrición, más bien parecían depender de un *Mal de Addison* en su forma crónica y lenta que de un catarro biliar. En 5 de los 9 casos se pudo desde luego eliminar esa sospecha porque al mismo tiempo se encontró palpable el crecimiento de la vesícula, dolo-

rosa y fácil de vaciar, la coloración amarillenta de las conjuntivas, orina color de caoba, todos signos que como se sabe no pertenecen á la enfermedad *bronceada* y cuando estos últimos recursos no se poseyeron tan claros y unívocos como se requiere lo que pasó con los otros 4, la evolución del padecimiento que se determinó siempre hácia el mejoramiento bajo la intervención terapéutica, hizo alejar definitivamente la sospecha de que fuese Mal de Addison, porque observado está que éste tiende casi siempre á agravarse y al que en nada ó poco modifican los medicamentos. Veintidos ocasiones en que los enfermos además de acusar dolores epigástricos ó del hipocondrio derecho con trastornos gástricos y accesos de hepatalgía é icteria, tenían crecida su area hépatica hácia el lóbulo derecho principalmente, se pensó al principio en una cirrosis hipertrófica en camino, pero disipó tal pensamiento en unos casos la concomitante repleción de la vesícula, que no existe en la cirrosis, y en otros resolvió el punto la marcha posterior, retrógrada siempre que se trató de un catarro de canales y vesícula, creciente y progresiva cuando fué una verdadera cirrosis biliar. Cuando no se pudo hacer desaparecer por la maniobra habitual la onda mate del hipocondrio y que por consiguiente asomó con justicia la idea de que fuese el lóbulo izquierdo congestionado ó hipertrofiado por flegmasía crónica y no la vesícula crecida, las modificaciones ulteriores que á dicha onda le imprimió la intervención terapéutica, decidieron su verdadera significación, limitó sus dimensiones ó desapareció natural ó artificialmente siem-

pre que se trató de un catarro biliar, disminuyó ménos prontamente ó no cedió en los casos de positiva congestión ó cirrosis hipertrófica.

Ya que se ha adquirido la convicción ó certidumbre, como se entiende en clínica, de que existe un catarro do las vias biliares extra-hepáticas, aún queda por averiguar si éste es primitivo ó secundario, y en caso de que sea esto último, saber que otra afección ó enfermedad lo determinó, en otra forma, hay que hacer un diagónstico etiológico.

En el capítulo de Etiología y Patogénia dejé consignado que la primera forma, la primitiva es rarísima, verdaderamente excepcional, pues que á semejante conclusión autoriza el hecho de que en 300 enfermos no se haya podido afirmar su existencia mas que en 9 de ellos; pudiendo aun discutirse su naturaleza arguyendo que muy bien pudieran haber pasado desapercibidos para el paciente, ú ocultado al médico, afecciones anteriores ó coexistentes que la hubieran determinado. En vista de su rareza suma habrá que excluir de la mente su remota posibilidad, buscar sistemáticamente padecimientos prévios y solo en caso de no hallarlos á pesar de profundo exámen é investigación, concluirla y sostenerla. Por otra parte, puesto que diversas y de esencia vária son las afecciones que por parecido ó idéntico mecanismo traen el catarro ú obstrucción biliar, no bastará decir de un modo afirmativo que la flegmasía es secundaria sino agregar el padecimiento que la produjo. La importancia y trascendencia de este conocimiento es tal que sin él quizá á menudo fracasarían los esfuerzos del médico pora lograr el alivio de su cliente, así hay que intentarlo y

llegar á él á toda costa. Si una persona confesare que es desordenado en las horas de comer, que ingiere grandes cantidades de alimento ó que toma manjares á cual más abigarrado y heterogéneo como lo hacen ciertos gastrónomos, que por largo período de tiempo ha tomado platillos mal condimentados, que acostumbraba tomar la *copa* todos los dias etc. y que á estos antecedentes se agregan un aspecto sucio y saburral de la lengua, falta de apetito, que tiene digestiones lentas y difíciles con agrios, pirosis, acedos, cuando se hayan recojido todos estos datos ó sólo algunos de ellos, es seguro que el consultante lleva un catarro crónico del estómago, el cual propagóse primeramente al duodeno y por cuyo intermedio llegó hasta los canales y vesícula biliar. Si no hubiere precedido esta tan lenta y pausada introducción sino que por causa de una extraordinaria comida y bebida tuvo fuerte indigestión con dolor gástrico, vómitos etc. y que en seguida de la crisis se puso ictérico y que revela en fin el cuadro físico del catarro biliar, será tambien innegable que una gastritis aguda fué la engendradora de la lesión. Si solo acusare alguno de los antecedentes primeros como irregularidad en la calidad y régimen alimenticio, ó tener costumbres alcohólicas inveteradas y que llevando ilesas y normales las funciones de digestion gástrica presentare síntomas de catarro intestinal y dispepsia consiguiente como diarrea, sóla ó alternada con constipación, meteorismo abdominal expulsión frecuente de gases fétidos, borborigmos, cólicos etc. se estará autorizado para afirmar que una inflamación crónica del intestino más ó ménos intensa pero que comprende la región alta, la duodenal, es la

que ha hinchado á la vez la mucosa de los conductos biliares adyacentes y traido sus consecuencias; en fin cuando revelare haber vivido bajo las influencias que afectan por lo general tanto el estómago como el intestino como las habitudes alcohólicas ó haber sufrido repetidas indigestiones etc. y que al presente padeciere tanto de las funciones del primero como del segundo, entónces habrá que admitir que un catarro gastro-intestinal que ha invadido tambien la porción intermedia ó puente del peso, que es el duodeno, fué el que produjo y mantiene el que llevan las vias biliares. En los casos en que el enfermo dijere haber arrojado fragmentos ó grandes porciones de ténia ú otra clase de parásitos intestinales, como escáridas ú oxiuros ó aun cuando no comunicare este hecho por ignorancia ó por no haber sucedido, pero que además de los trastornos gástricos ó intestinales que pueden acarrear experimentan fenómenos del órden reflejo, como vértigos, desvanecimientos, escosor en los orificios nasal ó anal, dilatación pupilar etc. es *muy probable* que dichos parásitos sean la causa primera de la série de perturbaciones que se observan y al mismo tiempo los que produzcan la obstrucción mecánica ó inflamatoria del canal colédoco; en caso de dudar su existencia ó su papel de causa, las prontas y benéficas modificaciones que determinan la expulsión de esos huéspedes provocada por vermífugos apropiados, como sucedió siempre con los enfermos de esta clase que fueron tratados bajo este supuesto, decidirán la verdad en el caso de haber dudas y vacilaciones.

No es condicion indispensable para afirmar que un catarro biliar es consecutivo á una flegmasía igualmen-

te catarral del tubo digestivo el que ambas se hallen presentes en un momento dado, ni que el segundo ostente necesariamente completo y predominante su cuadro sintomático, pues á menudo acontece que aunque existe se revela por síntomas tan insignificantes y poco molestos que escapan al observador, tanto más cuanto que no originando grande incomodidad al enfermo, éste no fija, ni llama sobre ellos la atención y sí insiste y pide remedio únicamente para los trastornos que le causa la afección biliar, que pueden ser muy marcados en tanto que el padecimiento estomáquico apénas lo perciben. Tampoco es necesario para atribuir á la flegmasía gástrica ó intestinal su papel productor el que se encuentre el dia del exámen; pues pudo haber existido ántes, como lo dirá clara y terminantemente el informe ananéstico y que después que se propagó al territorio de los canales biliares ha desaparecido; lo que gráficamente pudiera expresarse diciendo: que el catarro gástrico ó intestinal *vino* y *estuvo* por tiempo indeterminado, que despues de invadir los canales se *fué*, dejando sólo como huella de su estancia ó paso el *obsequio* que hizo á su *vecino*.

Esta aserción es tan posible, realizable y cierta, que en verdad pude encontrar en el minucioso estudio que hice de las historias de la série, enfermos que por el interrogatorio se llegaba al perfecto conocimiento de que habían tenido un catarro gastro ó intestino-biliar pero que á la sazón no revelaban más que los signos del segundo ó que aunque acusaban los de uno y otro los pertenecientes á este último constituían la enfermedad principalmente y sobresaliente sin que los del primero ménos alarmante ó ruidosos es verdad,

dejaran de existir y dignos de tomarse en consideración por el médico, porque ellos le darán inestimable luz para alumbrar el camino de su terapéutica. Al contrario hubo otro género de casos en que coexistentes y contemporáneas ambas flegmasías la localizada en el estómago ó intestino era la principal y predominante, siendo secundario el papel que desempeñara la complicación biliar.

Dentro otro órden de hechos añadiré que hubo regular número de pacientes que habiendo presentado cabal el doble cuadro del padecimiento gástrico y biliar, en el curso del tratamiento se curaron primero del estómago y hasta después de variable tiempo acabó de ceder la lesión biliar; pues bien, esta particular marcha que aquí determinó y favoreció la ciencia, á veces la obliga á producirse con igual carácter la naturaleza, la higiene inconsciente ó ambas á la vez, pero sin que intervenga ningún auxiliar medicamentoso. Ahora bien, si uno cualquiera de los anteriores enfermos ya en esas condiciones, ocurriere á otra persona que no hubiere observado el aspecto primero de la enfermedad, no encontrándose ya, más que en frente de signos que dependen de un catarro biliar puro, de pronto ó sin informarse de los antecedentes, podría suponerlo primitivo, juicio que no hubiera traducido la verdad, aunque las apariencias lo autorizaban á sostenerlo, puesto que el catarro biliar existía *sólo* en aquel momento.

Habrá que informarse por el interrogatorio sobre los antecedentes patológicos del enfermo en el sentido de las manifestaciones artríticas así como del género de vida, régimen alimenticio, etc., insistir en que

circunstancias y condiciones vienen los ataques de dolor, los caracteres que presenta, para poderse formar una idea de su fisonomía por decirlo así, en fin, si han arrojado cálculos ó arenillas por el recto, todo ésto para ver si la litiasis biliar es la causa productora del padecimiento en cuestión, ó cuando se presuma sin poseer los anteriores datos, recomendar que se examinen macroscópicamente las heces que vengan despues de un acceso de cólico hepático, pues en caso de dudas y vacilaciones el hallazgo de estos cuerpos vendría á resolverlas inmediatamente.

Hay que averiguar y esto es muy importante, el papel predisponente ó determinante que desempeñar pueden los factores del órden moral y psíquico y ver si las fuertes emociones, los disgustos repetidos y las contrariedades, etc., que dicen los enfermos haber experimentado de un modo continuo, han bastado por sí solas para traer el padecimiento biliar ó si sólo lo exacerban cuando ya existe; porque pór más que parezca raro y de difícil explicación, es un hecho concluido de las historias que analicé, que ya de un modo inmediato y directo, ya por intermedio de una lesión gástrica, son capaces de influir y modificar el modo de ser normal y fisiológico de la excreción biliar. Ya se concibe cuán útil é interesante será para la profilaxia y tratamiento el establecer esta parte del diagnóstico.

En los que viven ó vienen de lugares endémicamente palúdicos ó de constitución pantanosa, se debe investigar si han padecido la malaria, si la tienen actualmente ya por los síntomas racionales y la exploración del bazo, ya en casos poco ostensibles por

el estudio microscópico de la sangre, para buscar el hematozoario engendrador; pues como lo dije en la Etiología, hubo enfermos que sin más antecedentes que intermitentes palúdicas, ofrecieron después el cuadro del catarro biliar sólo ó unido con perturbaciones gastro intestinales y en quienes obró á maravilla para hacer desaparecer todos sus males el tratamiento específico y adyuvantes apropiados.

Por último, puesto que la intoxicación crónica por la absorción lenta de ciertos principios minerales puede traer á la larga el catarro biliar, se deberá inquirir el oficio, las costumbres del interesado para ver si por este camino se recojen datos que pudieran ser de grande ayuda y valor para el perfecto estudio del caso.

El catarro de las vias biliares como entidad morbosa es idéntica, con lijeras variantes, cualquiera que haya sido la afección engendradora, de aquí resulta que sus manifestaciones propias, por sí mismas, no bastarían para fundar un diagnóstico etiológico, por lo cual resalta la importancia que debe darse á la investigación de los antecedentes personales y morbosos, á la manera de invadir y evolucionar la enfermedad. al delicado y concienzudo estudio que debe hacerse de las perturbaciones que lo acompañan y de las modificaciones que le imprima el tratamiento impuesto, los informes y conocimientos á que es llegue por estos caminos, serán en resúmen los que descubran el orígen y naruraleza del padecimiento que nos ocupa.

Réstanos en lo que á diagnóstico se refiere, bosquejar siquiera los medios que pueden servir para llegar á una localización anatómica de la lesión, no por

lujo ni pretensión científica, sino por la importancia que este conocimiento tiene en el pronóstico y tratamiento. Para este objeto la región de las vias biliares extra-hepáticas pudiera subdividirse en cuatro partes: canal colédoco, cístico, vesícula y canal hepático; ahora bien, el catarro puede existir en todos, algunos ó en uno solo de estos segmentos. Cuando *sólo* existan la icteria y trastornos gástricos ó intestinales contemporáneamente, como aconteció *once* veces en la série, es prueba de que únicamente la embocadura duodenal del canal colédoco está hinchada ó una porción más ó ménos grande de su trayecto pero *poco*, si además de lo anterior la vesícula está *crecida* pero que se vacía con *facilidad*, querrá decir también que sólo ese canal está comprometido pero *más* que en el caso precedente, si aún se agregare al anterior estado un dolor espontáneo en la región de la vesícula ó que está dolorosa á la presión y que se puede evacuar más ó ménos fácilmente, se podrá concluir que el catarro se propagó ya por el canal cístico *hasta* la vesícula inclusive, circunstancias que se hallaron realizadas en 117 de los 300 casos, si además de encontrarse la vejiga biliar crecida y dolorosa, no se lograre ni aún con prudencia y pacientemente su vaciamiento, lo que pasó con 17 enfermos, se podría traducir esta situación por la existencia de un catarro de la vesícula y canal cístico ó colédoco pero muy intenso al grado de haber cerrado por completo su calibre y producido un infranqueable estorbo al curso de la bilis, si la vesícula está distendida pero que el enfermo *no* presenta icteria, entonces es claro que la flegmasía se ha circunscrito sólo á ella y canal propio y que está sano ó po-

co afectado pero permeable el camino de los canales hepático y colédoco, este caso ès de los más frecuentes pues se registraron 151 de esa especie, si no estubiere ni crecida, ni dolorosa la vesícula biliar pero se encontrare *intensa* icteria en las conjuntivas tegumentos y orina á la vez que incoloros los excrementos, se tendrá el cuadro que revela una fuerte flegmasía situada muy arriba, en el canal hepático, rara convergencia de circunstancias que no se observó más que 7 veces, si á lo anterior se agrega *abultamiento* de la vesícula, es evidente que el catarro háse propagado á toda la extensión del territorio biliar extra-hepático, finalmente si además del anterior cuadro hay un crecimiento del hígado que *baja pronto* con las medicinas, lo que se presentó 8 ocasiones, se puede interpretar diciendo que el catarro ya se internó ascendiendo hasta la red intra-hepática y que el estorbo circulatorio que produjo en la glánduia, así como el atascamiento de la bilis en sus múltiples ramas canaliculares produjo ese aumento de volúmen, autorizando esta última suposición la significativa circunstancia de haber disminuido el órgano luego que se hubo vencido el obstáculo al avance del fluido biliar.

Como se comprende, trayendo á la memoria el conocimiento de los datos anatómicos y fisiológicos de este aparato y en vista del material recogido por el exámen clínico del enfermo, se llegará, sin esfuerzo, á localizar la lesión en uno ú otro territorio excretor y decidir también la extensión que abarca y la intensidad que tiene el padecimiento.

PROFILAXIA Y TRATAMIENTO.

Hemos llegado ya al punto conjugado de nuestro estudio, el que concentra y utiliza los conocimientos adquiridos en el largo y laborioso trabajo de la sintomatología y diagnóstico que hemos hecho hasta donde nos permiten llegar nuestros alcances. Cuando hánse recogido con atención y esmero los signos ó informaciones que rinde el enfermo y se ha edificado con ellos el diagnóstico etiológico y anatómico de la lesión que lleva, se poseerá ya una brújula que indirgue al clínico por ámplia, fácil y segura vía. Naturalmente, los medicamentos y plan terapéutico diferirán, según que se trate de un catarro agudo ó crónico y se amoldará igualmente al modo de sér particular, á los progresos é intensidad del padecimiento. Como no hemos tocado más que ligera y superficialmente la forma aguda por el escasísimo número de ejemplos que de esta clase hubo en la série, á propósito de su especial mo-

do de tratarlo no nos detendremos con especialidad por la misma razón, y sí dedicaremos predilecta atención á la manera de curar la otra forma, la crónica consecutiva, por ser la más frecuente y de mayor interés y porque á ella corresponde la inmensa mayoría de las observaciones que se recogieron.

El tratamiento de esta afección, en su manera general de presentarse, puede dividirse en *causal* y *sintomático*, siendo el objeto del primero combatir por los medios mejor conocidos y más eficaces, aquella que hace el papel de causa, y el segundo, el de modificar ó tender á destruir los síntomas que por sí misma y directamente produce la flegmasía biliar; el primero, aunque dirigiéndose de preferencia á atacar la fuente y orígen del mal, obrará también de un modo mediato y secundario sobre sus efectos, pudiendo, por esta razón, considerarse como *arma de dos filos*. Nos ocuparemos primeramente del tratamiento que se empleó con mayor éxito para curar las enfermedades causales ó productoras, y después de los medios y recursos que sirvieron para combatir el catarro biliar, propiamente dicho.

En los casos en que el catarro gástrico ó gastro-intestinal fué agudo, desapareció, tanto él como el biliar consecutivo, con la administración de un purgante ya aceitoso ó salino, é imponiendo, después del efecto, la dieta láctea, de la cual se fué saliendo poco á poco; sencillos medios en los que bastó para aliviar al enfermo.

Cuando la afección primera fué un catarro crónico del estómago que, como se recordará, en 170 casos fué así, el tratamiento que se puso en planta con lige-

ras variantes de detalle y con un éxito admirable, fué el siguiente: se comenzó por prohibir al paciente el defectuoso é irregular régimen alimenticio si había existido, ó evitar aquellos elementos ó circunstancias que con toda probabilidad habían traido, ó al ménos, favorecido la aparición ó desarrollo de la enfermedad, v. g., los desarreglos en la cantidad, calidad y distribución de las comidas, el uso exagerado ó ilimitado, pero continuo de las bebidas alcohólicas, etc.; para atacar el mal presente se sujetó desde luego á los enfermos á la *dieta láctea* rigurosa y al *calomel* á dósis refracta hasta la saturación, el cual se suspendió luego que apareció la estomatitis, fueron verdes las evacuaciones ó que vino la colitis mercurial; después se les permitió comenzaran á dejar lentamente la rigurosa dieta, permitiéndoles tomar primero, huevos, en seguida, carne asada, luego sopas muy hervidas, pan, etc., hasta llegar progresiva y paulatinamente á tomar su alimentación mixta y ordinaria. Este modo de intervenir en los catarros crónicos del estómago, es especial del Dr. Liceaga; con él los mejora pronto y seguramente y cura por completo el mayor número de veces; en aquellos que despues de la anterior intervención, lo que fué raro, quedaron aún con ligeras perturbaciones gástricas, se les dió ya *amargos* que despertaran el apetito, si estaba perdido, ó estimularan la secreción estomacal, como la tintura de nuez vómica, el colombo ó la cuasia, ya alcalinos á dósis que sólo neutralizaran el exceso de ácidos ó á dósis mayores comprendidos entre 3 y 9 gramos por día como estimulantes y modificadores de la nutrición, siendo el

bicarbonato de sosa, el de potasa y el carbonato de magnesia los que más comunmente se emplearon. Con este modo de intervenir que según el computo fué empleado en 157 enfermos, se curaron completamente 86 y se mejoraron 71; de éstos, cuya mejoría hallo consignada en las notas recojidas en la última consulta que recibieron, se puede creer con fundamento que puesto que ya no volvieron á la Consulta, se llegaron á aliviar definitivamente ó por lo ménos que siguieron con su notoria mejoría, porque es claro que vista la confianza y competencia que tenían en su médico, puesto que ocurrían á él, y viéndose en vía de curación en sus manos, hubieran seguramente vuelto en caso de haber empeorado ó seguido lo mismo. Por este raciocinio que afirma y refuerza más al éxito del tratamiento ántes apuntado, creemos que es digno de que se divulgue y compruebe, pues sabido es cuanto resisten esas gastritis crónicas á la intervención terapéutica generalmente usada. Yo pude encontrar multitud de historias detalladas de enfermos que padecian hacía largos años, que habían ya sido tratados por otros medicamentos sin lograr haberse aliviado y sorprenderme como con el ántes dicho tratamiento de la dieta y calomel se habían curado ó visblemente mejorado. Añadiré que hubo en la série dos casos sumamente rebeldes que admirablemente cedieron al lavado del estómago.

Cuando la inflamación catarral crónica no estuvo limitada al estómago sino que también existía en el intestino delgado, es decir, que se tenía una verdadera gastro-enteritis, en estos casos por lo que á profilaxia é higiene respecta, se les amonestó para que se

apartaran de todo aquello que había traido ó estaba manteniendo semejante situación, sobre todo de las bebidas alcohólicas que tan frecuente como predominante influencia tienen en esta clase de afecciones y para tratar el mal presente se inició la intervención con un *purgante* salino para administrar después el *calomel* y la *dieta* ya láctea exclusivamente ó ménos rigurosa según el estado particular del enfermo; seguido este método de tratamiento llenando las indicaciones posteriores según se acostumbra. Las veces que la lesión gastro-intestinal era originada claramente por el uso inmoderado y repetido de los licores como pasó en 11 individuos, se *curaron* así: se les prohibió el uso de los alcohólicos, se les dió un purgante, se les sujetó á la dieta láctea y calomel á dósis refracta y en seguida se les administró con perseverancia la tintura de nuez vómica aumentando progresivamente la dósis y el extracto de opio, añadiendo á todo ésto los principios mejor apropiados para modificar el catarro biliar coexistente. Este modo de tratar las consecuencias del alcoholismo ya generalizadas ó limitadas al tubo digestivo, produjo en manos del Sr. Liceaga brillantes resultados, comprobados en centenares de enfermos; yo no menciono aquí más que aquellos casos en que la lesion flegmásica gastro-intestinal trajo el catarro biliar, pero en los Archivos que consulté hallé otra innumerable série de historias de clientes que se presentaron con perturbaciones gastro-intestinales de orígen alcohólico que desaparecieron de rápida é inesperada manera con reducido número de medicamentos capitaneados siempre por

el opio y la nuez vómica, sabia y metódicamente aconsejados. Siempre que el estómago se encontró ileso y presente solo el catarro intestinal, entónces además de la supresión de los elementos exteriores que lo favorecían y prolongaban se les puso á dieta aunque ménos severa que en los casos anteriores y en seguida se les instituyó una terapéutica que mucho se asemeja ó casi confunde con la de las formas precedentes.

En los casos que hubo datos seguros ó de presunción siquiera, de que la ténia ú otro parásito vivían en el intestino, se ordenaron ántes que otro medicamento los anti-helmínticos ó vermífugos apropiados; cápsulas de Kirn ó de extracto etéreo de helecho macho contra la ténia, tomado en ayunas y seguido de un purgante aceitoso tres ó cuatro horas despues, santonina contra las ascárides lombricoides, calomel tomado ó en lavativas cuando se trató de oxiuros, una vez expulsados unos ú otros si aún quedaban síntomas de catarro intestinal se les curó de la manera ordinaria.

Los enfermos comprendidos en los anteriores grupos, tratados como ya quedó indicado, todos curaron ó mejoraron visiblemente, pues no encontré ninguno de ellos en quien no hubiese determinado favorables cambios y satisfactorio efecto el tratamiento tal como se ha ya dicho.

En los demás pacientes cuando se comprobó ó sospechó con razones clínicas la existencia de una litiasis biliar, acompañadas ó nó de manifestaciones artríticas ó reumatismales en otros aparatos ó sistemas, se les sujetó á un régimen higiénico consistente en ejercicio moderado, alimentación escojida y apropiada,

baños del Peñón en 5 de ellos, alcalinos como sal de Carlsbad ó de Vichy por largo tiempo tomadas á dósis de uno á dos gramos despues de cada alimento, debiendo descansar una semana para volver á comenzar después sustituyéndolos en estos intervalos por perlas de éter y trementina administradas según el método de Trousseau, de este modo se alejaron ó se hicieron disminuir la frecuencia é intensidad de los cólicos.

Cuando las influencias del órden moral intervinieron directa ó indirectamente en la aparición del catarro ú obstrucción biliar ó sólo como causas determinantes que exacerbaban despertando el mal ó manteniendo su cronicidad, se comenzó por aconsejar se evitaran esa clase de influencias y se trató el catarro y síntomas de retención biliar de la manera que indicaré después. Si al mismo tiempo existían perturbaciones digestivas se les opuso el sistema curativo tal como lo se ha bosquejado precedentemente.

Siempre que se descubrió que el envenenamiento palúdico acompañaba á la afección biliar, se instituyó el tratamiento hidroterápico, recomendando golpes de ducha en el bazo crecido, quinina, arsénico, tintutura de eucaliptus, á lo que se agregaron los tónicos y reconstituyentes. Y por último en los limitados casos en que una intoxicación profesional por el plomo ó médica por el arsénico se descubrió ser la causa productora del catarro biliar, en el primero se alejó al paciente de su oficio habitual, y diósele yoduro en dosis pequeña y sostenida y en los segundos prohibiéndoles continuar el uso de dicho alcaloide etc,

Con la rapidez que requiere un trabajo de esta ín-

dole que solo tiende á sintetizar hechos particulares dejando el desarrollo y cuestiones de detalle al mejor dicernimiento y ciencia del lector, he diseñado los distintos medios que con tan brillantes resultados empleó el Sr. Liceaga en las afecciones que lejítimamente fungen como predisponentes del catarro biliar. Es fácil comprender que haciendo preceder ó acompañar la curación general, con el tratamiento causal, se abreviará notablemente el trabajo, encarrilando al mismo tiempo en más racional y lógico camino la simultánea ó posterior terapéutica que se imponga para modificar y hacer desaparecer el catarro biliar en sí mismo. Del mismo modo que sería harto difícil é imposible quizá curar un catarro biliar sin dirijirse al mismo tiempo á atacar la causa que lo engendró y mantiene á la sazón, no se obtendría tampoco gran ventaja y provecho, si por atender preferentemente á la primera se descuidara ú omitiera la atención que requiere la segunda, ambos tratamientos deben hermanarse é instituirse juntamente en todos los casos, si se quiere alcanzar un pronto y seguro éxito. En las precedentes líneas hemos estudiado el tratamiento que he llamado causal, que viene á ser una manera *mediata* y *lejana* de curar la afección biliar, vamos ahora á intentar trazar una esquema del modo de tratarla de un modo *inmediato* y *próximo.*

Como los signos y síntomas que produce el catarro biliar, resultan de la falta del libre curso de ese fluido, por la obstrucción que en sus canales de excreción determina el hinchamiento de sus paredes, el ideal del clínico terapeuta será tender á destruir ese obstáculo

y entre tanto lo logra, modificar las pertubaciones que origina, por un tratamiento sintomático, que no por serlo de esta especie deja de desempeñar en estos casos principalmente bénefica é indiscutible influencia en la curación completa y definitiva.

Para obrar sobre el proceso flegmásico crónico parece que el empleo de la maza azul inglesa lo modifica en buen sentido, sin que se pueda precisar hasta que punto influye, pues aunque se administró en 143 enfermos que se aliviaron, como no fué mas que un elemento que intervino como factor y no sólo en el satisfactorio resultado, es difícil valorizar la mayor ó menor intérvención que tuvo en el éxito, pero es innegable que no fué un elemento supérfluo sino que contribuyó con su manera de obrar en las favorables modificaciones que el complejo tratamiento produjo en el paciente.

Para favorecer el interrumpido curso de la bilis que como se recordará yace estancada debido por una parte á que baja del higado con muy débil tensión y porque están tapados ó convertidos en estrechos tubos sus canales de desembocadura, para resolver el problema habrá que aumentar la potencia que empuja la bilis ó disminuir la resistencia que se opone á su paso, ampliando sus vias de corriente. Como no es dable de un modo directo y rápido dilatar ó desobstruir los tubos estrechados, se allanará la solución, reforzando las pótencias de empuje con los medicamentos que estimulan el aflujo biliar, ya sea despértando las lentas y perezosas contracciones de la vesícula y canales, ya fluidificando el jugo biliar ó ya interviniendo con

sustancias que por su acción mecánica ó fisiológica desalojan y arrastran los cuerpos detenidos en las gruesas vias de concurso; poco importa en el terreno de la clínica terapéutica escudriñar profundamente el *cómo* obran esos diversos principios medicamentosos, si la práctica comprobación sanciona su bienhechora influencia, como sucede por ejemplo con los agentes que para este particular objeto se usan. Entre ellos se distinguen y prefiriendo por su mayor eficacia los alcalinos, el ruibarbo, el calomel, las perlas de éter y trementina, el aceite de olivo, el benzoato y salicilato de sosa etc. En la mayoria, por no decir en todos, de los enfermos en quienes se encontraron síntomas de retención biliar como dolor, abultamiento vesicular, icteria etc. se administró el bicarbonato de sosa unido al depotasa ó de magnesia, dividido en papeles de á dos gramos para tomar uno despues de cada alimento, sustituyendo estas sustancias algunas veces con ventaja por la sal de Carlsbad en la misma forma y dosis; esta medicación alcalina se acompaña ó alterna con las perlas de éter y trementina de las que se puede tomar una *ter*. Esta medicación alcalina además de que estimula la digestión gástrica excitando la secreción de los jugos estomacales y alcaliniza los líquidos orgánicos entre ellos la bilis, corrige por determinado mecanismo la constipación y el meteorismo. Los polvos de calomel, de ruibarbo ó de jalapa administrados en papeles, cápsulas ú obleas y á dósis que se desprenden de las indicaciones del caso particular, coadyuvan á la mejoría. El extracto de ruibarbo, de nuez vómica, de belladona, contribuyen también en su esfera de acción cada uno al resultado final.

Entre el cuadro de síntomas que al catarro gastro ó intestino-biliar corresponden hay algunos que por su frecuencia é importante papel destacan y casi llegan á absorver á los demás, por lo cual hay que dedicarles preferente estudio y son: la constipación, el meteorismo y el dolor. Para vencer el primero se instituyeron medicamentos laxantes como la sal de Carlsbad que obró siempre con buen éxito tomada á la dósis de 6 á 10 gramos por dia, teniendo el cuidado de suspenderla ya que había producido los efectos apetecidos, á la cual se agregó algunas veces la estricnina y la belladona que como se sabe provocan contracciones peristálticas en el intestino y hacen de este modo avanzar las haces estancadas á la vez que la segunda obra el mismo tiempo como analgésico. Produjo también buenos resultados el ruibarbo granulado de Mentel del que se tomaba una ó dos dosis diarias segun la tenacidad y resistencia del síntoma por atacar; el meteorismo cuando en gran parte es tambien debido á la constipación se mejora igualmente con la anterior medicación y en caso de resistir se agregó varias veces algun antiséptico ó absorvente intestinal como permanganato de potasa en solución y á la dósis de un quinto á un décimo por mil en cucharadas, el salol, el benzoato de sosa etc. En los contadas ocasiones en que el catarro biliar se encontró en los niños, se les dió el calomel á dosis refracta ó purgante, cucharaditas de jarabe de ruibarbo y agua de cuasia con lo que bastó para aliviarlos.

El dolor por su presistencia ó intensidad es no pocas veces el fenómeno culminante, al grado de cons-

tituir él sólo, la única ó sobresaliente manifestación morbosa del padecimiento, en estas circustancias puede decirse que casi concentra y absorve la terapéutica. Cuando fuere continuo pero no muy fuerte, como es debido á la inflamación y repleción de la vesícula, todos los medicamentos que tiendan á volver la permeabilidad perdida á los canales excretores y facilitar así el curso biliar, lo modificarán seguramente, en este grupo entran los alcalinos, los colagogos, laxantes etc. que se han ya estudiado, éstos lo alivian dirijiendo su acción á la causa que lo engendra pero puede atenuarse directa y mas prontamente dando al paciente píldoras de extracto de belladona, de opio y aplicando tópicamente friegas narcóticas que no hay necesidad de detallar. Si á pesar de toda esta compleja intervención se conservare aún tenaz é invariable, se mandará, como se hizo 23 veces en la série, un vegigatorio volante al lugar de la vesícula, recurso que surtió siempre más ó ménos completamente. En la Consulta nunca se tuvo la oportunidad de tratar allí mismo un acceso de cólico biliar pero se aconsejó para en caso que viniere inyecciones hipodérmicas de morfina aplicadas *in loco delentti*, alcalinos ó colagogos á alta dosis y en último caso inhalaciones de cloroformo ya á la Reina, ya hasta producir la anastesia y resolución completas.

No es posible detallar ni agregar mayores pormenores acerca de la manera como se combinaron los distintos medicamentos que hemos pasado en revista, pues se comprende que varió mucho según el enfermo y estado especial del padecimiento, pero ellos fueron las mejores armas con las que se venció la enferme-

dad. Bajo su influencia al cabo de la primera semana era ya visible la mayoría, habiéndose hecho ménos frecuente el dolor y ménos acentuada la icteria, la vesícula al principio dolorosa, se hacía indolora, ántes muy distendida y grande, despues lo estaba ménos ó enteramente vacía, si en la primera entrevista no se había podido evacuar ó lo había sido incompletamente, en las subsecuentes se logró ese intento á entera satisfacción.

Intencionalmente no he mencionado en el curso de este capítulo un importante y nuevo medicamento que formó parte integrante del tratamiento del catarro gastro-biliar, así como tampoco de las indicaciones, objeto y modo de ejecutar el vaciamiento de la vesícula biliar; de ambas cosas voy á ocuparme en seguida con la extensión y cuidado que se merecen.

El nuevo medicamento á que me refiero, es una planta conocida vulgarmente con el nombre de *Simonillo*, sobre el que ántes de estudiar sus indicaciones y efectos, deseo consignar los siguientes datos, relativos á su análisis y clasificación botánica, que me fueron bondadosamente suministrados por el distinguido naturalista Dr. Manuel Villada.

El Simonillo es una planta de la familia de las Compuestas, sub-leñosa y cespitosa en apariencia, que crece en abundancia en el Distrito Pachuca y en los Valles de Toluca y México. Clasificada por los Sres. Villada y Dr. Jesús Urbina, concluyeron que pertenecía al génreo *Lœnnecia* y especie *parvifolia*. Alguien la había ya clasificado pero erróneamente con el sinónimo científico de *Calea zacatechichi*, denominación que lejítimamente corresponde á otra com-

puesta de la tribu de las *Seneceonídeas.* En la verdadera especie á que me refiero, los capítulos son ligulados, las aquenas con vilano sedoso, las hojas sentadas, oblongas, agudas y penninerves, el invólucro imbricado, estando la planta provista en todos sus organos de un tomento algodonoso. Al Simonillo se le llama también *zacatechichi* ó más correctamente *zacachichi*; (nombre mexicano que etimológicamente quiere decir, *zacate amargo* y no de perro como se ha creido) así como á la Calea expresada, circunstancia á la que fué debido quizá el herror en que se incurrió en la clasificación primera.

Por el análisis químico se descubrió en ella una sustancia amarga incristalizable, neutra, amarilla, una resina de una densidad menor que la del agua, tanino, goma, sulfato de potasa, cloruro de sodio, carbonato de cal y fosfato de magnesia. El principio amargo aislado iguala en intensidad al de la cuasia y de la genciana, no obteniendo ningún efecto fisiológico con una inyección de 25 á 50 centígramos que se hizo á un conejo.

Pues bien, esta planta indígena que forma parte del arsenal terapéutico de la medicina vulgar y que entre la clase del pueblo y aún de la más ilustrada, sobre todo en Pachuca y ciudades del contorno, goza de gran voga y fama para curar las afecciones gástricas, el Sr. Liceaga la incluyó en su particular terapéutica años ha, pues yo la encontré en sus Archivos recomendada desde el año de 78 y consignados sus buenos efectos en los catarros crónicos del estómago ya sólos, ya acompañados de catarro biliar.

En la série de los 300 enfermos que me sirvieron

para formar el presente estudio, el simonillo fué administrado á 247 de ellos; todos éstos llevaban su catarro gastro ó intestino–biliar crónico, con manifestaciones dispépticas acentuadas, su obstrucción biliar sin tendencia á disminuir, con icteria algunos, con crecimiento vesicular todos, con dolor epigástrico ó en la región de la vesícula, etc.; en todos con ligeras variantes produjo los efectos mejor apetecidos, ya trayendo el perdido apetito y normalizando la digestión gástrica, ya atenuando el dolor y disminuyendo la icteria; en fin, se vió palpablemente su papel eupéptico y colagogo. Los clientes notaban tan claramente sus buenos efectos que era el medicamento al que mayor preferencia le dieron, habiendo acontecido muchas veces que cuando por algun motivo lo suspendieron, vieron luego reaparecer sus antiguas molestias é incomodidades.

Si se recuerda cuán rico en sales alcalinas y terrosas, en principio amargo y tanino es el simonillo, se verá luego que es una especie de triaca natural, que precisamente encierra los principios que mejor obran en esta particular afección.

Las formas bajo las cuales se le administró, fueron: el cocimiento y el elíxir, debiendo tomar del primero una taza de medianas dimensiones, todos los dias en ayunas, ó dos, una en la mañana y otra á medio dia despues de los alimentos; el sabor amargo del cocimiento al principio repugnante, se hace al cabo de pocos dias tolerable. El simonillo, los alcalinos y las perlas de éter y trementina fueron los tres remedios heróicos, que principalmente sirvieron para alcanzar tantos triunfos terapéuticos.

La vesícula biliar anormalmente distendida por una acumulación de bilis, puede evacuarse artificialmente por medio de una sencilla operación, que por su relativa novedad y grandes servicios clínicos, es digna de especial estudio y consideración.

La idea de vaciar la vesícula biliar cuando está repleta patológicamente y que por atonía de su pared ó disminución del calibre de sus canales excretores, no puede por sí sola descargarse como lo hace en estado fisiológico, pertenece por indiscutible prioridad al distinguido y célebre clínico mexicano Dr. D. Miguel Jiménez, este ilustre médico, *há ya muchos años*, intentó y logró por primera vez el vaciamiento de la vegiga de la hiel en un enfermo del Dr. Lavista, cuando éste era aun jóven, la idea realizada por su inventor, siguió siendo practicada por él mismo en el largo curso de su brillante carrera profesional; imitada por sus compañeros y aprendida por sus numerosos discípulos, se ha venido trasmitiendo hasta nuestros dias entre los médicos mexicanos, habiendo alcanzado tal habitud y maestría en su ejecución, que algunos como el Sr. Liceaga, por ejemplo, la ejecuta con tal facilidad y prontitud, que admira cómo en México se haya perfeccionado ya una maniobra desconocida en el Continente Europeo, y apénas comenzada á practicar por los ingleses en estos últimos años. (1)

---

(1) El maestro Bandera me refería alguna vez, que una mujer acomodada de esta capital, padecía cólicos biliares por repleción de la vesícula y que después de haber sido tratada por varios de nuestros Profesores, se fué á Paris, donde vió en consulta á uno de los clínicos más eminentes de Francia, quien le dijo después de examinarla que tenía llena la bolsa de la bilis, habiéndole entónces ella indicado que se la vaciara, él le contestó

Para ejecutar esta pequeña operación, ya que se ha encontrado por supuesto el tumor ú onda mate al nivel de la vesícula, se coloca al enfermo en el decúbito dorsal, en la posición clásica para explorar el vientre, y se le exhorta á que respire con naturalidad y mantenga flojas las paredes del vientre. En seguida, con las extremidades del índice, medio y anular de la mano derecha, reunidos y dispuestos en grupo, se comienzan á ejercer ligeras percusiones directamente y sobre la parte media y saliente del tumor ó zona obscura, al principio suaves y con intervalos pequeños y si no causare dolor, se harán después más fuertes y repetidas, sin llegar, sin embargo á desarrollar considerable fuerza que ni se necesita y puede traer inconvenientes. Algunas veces se hace visible la disminución del volúmen y tamaño del abultamiento, pero cuando ésto no sucediere ó no fuere apreciable, se interrumpirá la percusión de cuando en cuando, para saber por la percusión mediata y digital, cómo se encuentra el límite inferior y lateral de la vesícula, si ya ha comenzado á va-

con una sonrisa, y cuando agregó los *médicos de México* me la han vaciado varias veces, él le contestó con desdén: *nó, eso no se puede.* Este auténtico hecho nos demuestra que la maniobra de Jiménez era del todo desconocida aún por las eminencias francesas. Un autor inglés, el Dr. Harley, en su obra de Patología Interna, habla últimamente de una maniobra que consiste en cojer, á través de la pared abdominal, la vesícula destendida, con los cinco dedos de la mano y esprimirla, con la esperanza de que la presión ejercida, haciendo refluir la bilis hácia el canal cístico y colédoco empuje los cálculos allí detenidos y causa del cólico y repleción biliar. Suponiendo que el Dr. Harley no haya tenido noticia de la "maniobra Jiménez" que de tiempo atrás se viene usando en México, en todo caso por prioridad toca á la Escuela Nacional el honor de la invención, tanto más cuanto que como la ideó su autor y repiten hoy sus discípulos, no es como la aconseja Harley, ni sólo para empujar cálculos, pues como lo diré después, aquí se ejecuta de otro modo mejor, tiene mayores indicaciones y se utiliza, en fin, como precioso recurso de diagnóstico.

ciarse se hallarán reducidos sus contornos, se reanuda la interrumpida operación y después de un corto momento se vuelven á rectificar como la vez anterior, los límites, que se encontrarán cada vez más altos y reducidos, y así sucesivamente hasta que al cabo de más ó ménos trabajo y tiempo, según el caso, tanto á la inspección como palpación y percusión, habrá desaparecido la oscuridad ó abultamiento antes descubierto por esos mismos medios.

La anterior descripción corresponde á la manera como practica la maniobra el Dr. Liceaga. Al Profesor Bandera lo he visto ejecutarla de otro modo; dispuesto el enfermo en la misma actitud, abarca el levantamiento vesicular con toda la palma de la mano derecha, abovedándola para que se ocomode mejor á la forma del tumor profundo; en seguida con cierta fuerza comprime con ella *hácia atrás* y *arriba* sobre dicho tumor, repitiendo esta operación las veces que sean necesarias para lograr el completo vaciamiento. Como no se puede saber de antemano por ningún dato *seguro* hasta qué grado habrá llegado el estrechamiento del canal cístico y colédoco; como no se puede tampoco averiguar con certeza el estado de alteración anatómica de la vesícula, creo que esta segunda manera de ejecutar la operación pudiera ser resgosa y exponer á romper y hacer estallar la vejiga, en el caso que estuviere alterada más ó ménos su estructura y con un exajerado ó completo estrechamiento de sus canales de excreción, porque entónces la fuerte impulsión que experimente la bilis no teniendo vía de escape proporcional y suficiente, refluirá sólo á sus paredes que pueden, á su vez, estar alteradas y por lo mismo, deles-

nables y fáciles de desgarrarse; este temor es natural y pudiera realizarse, aunque el maestro Bandera me ha dicho que nunca, entre la multitud de veces que la ha practicado así, ha roto una vesícula. El primer procedimiento que emplea el Sr. Liceaga, aunque tal vez más dilatado, previene ese posible accidente. Yo combinaría ambos del modo siguiente: comenzar *siempre* la maniobra á la manera de Liceaga y cuando se tuviere la conciencia de que hay poca resistencia y que la bilis pasa con facilidad, abreviar la operación recurriendo al procedimiento que usa el Dr. Bandera.

La operación del vaciamiento fue en lo general, indolora, no produjo molestia ni incomodidad al enfermo, pero á veces, y no pocas, fué sumamente dolorosa y hasta insoportable; en estas circunstancias se prosiguió con más suavidad, paciencia y sin apresurarse, y cuando ni así se pudo soportar, se aplazó su ejecución para otro día, preparando al paciente con colagogos y purgantes para encaminar la depleción y disminuir en algo la estrechez, y cuando ya estuvo la vesícula ménos dolorosa y repleta, se reiteró y logró siempre. Aunque el siguiente caso nunca se ofreció, pudiera llegar á presentarse, si el dolor cólico por repleción fuere intensísimo y la percusión operatoria inaguantable, se podría hacer la operación bajo la influencia del cloroformo.

La operación del vaciamiento se ejecutó en todos los enfermos en quienes se encontró crecida la vesícula, en algunos de ellos dos, tres y aún más veces en el curso de su tratamiento. En la série ascendieron á 387 las veces que se intentó, de las cuales en 345 se logró completamente y á satisfacción, 23 en que

igualmente se logró pero parcialmente y 19 en que no se pudo en la primera sesión, pero que en las subsecuentes visitas y prévio un tratamiento apropiado se efectuó como en las primeras.

Las indicaciones de esta maniobra, que justo es lleve el nombre de su inventor, son tres: primera, quitar el dolor originado por la extrema distensión de la vesícula, segunda, empujar con las ondas líquidas que provoca la percusión los tapones de moco, de celdillas epiteliales ó pequeños cálculos y desobstruir de este modo mecánicamente los canales para facilitar el curso posterior de la bilis y tercera, aclarar si el tumor ú onda mate es en verdad la vesícula crecida ó el lóbulo izquierdo del hígado, un neoplasma, un quiste, etc.

La primera de estas indicaciones la llena admirablemente, pues en muchas de las historias hallé consignado que el dolor continuo y profundo que sufrían los enfermos en el lugar de la vesícula, se quitó ó disminuyó, luego que se hubo terminado su depleción manual y algunos que eran presa de verdadero y agudo cólico biliar, se sintieron pronta y notablemente mejorados con ella, haciendo notar ellos mismos cuánto alivio y consuelo les había traido. Este dolor por repleción biliar, siendo idéntico en su patogénia al que se produce cuando por una retención de orina se distiende al extremo la vejiga, no debe admirar el que ambos cedan al mismo tratamiento aunque instituido de diverso modo; pero tendiendo á idénticos fines. La segunda indicación es clara y positiva, aunque sólo adune en su favor pruebas racionales y no de comprobación directa como la anterior; pero es

punto bien averiguado que la inflmación determina una secreción mucosa y una caida epitelial en la cavidad del canal colédoco, circunstancias que fácilmente favorecen la formación de un tapón que lo obstruye y que la corriente biliar por su débil tensión es impotente para conmover y arrastrar; pero que comunicándole una fuerza de empuje por el mecanismo de la percusión, podrá desalojarlo inmediatamente. Lo mismo pasará si se tratare de un cálculo detenido en el trayecto (ésto es lo único que busca Harley con su ántes indicada manera de obrar) aunque con ménos probabilidades de éxito, pues estos cuerpos en íntimo contacto con la pared del canal, sobre todo si está inflamado, provocan una contracción espasmódica que tiende á expulsarlo y en general lo logra, ahora, en el caso que allí aún permanezca, no bastará quizá la fuerza que pudiera imprimirse á la bilis para desalojarlo, porque está allí detenido, no por falta de empuje, sino por exceso de tamaño, y es posible que lo que no ha podido hacer la naturaleza con sus poderosas contracciones reflejas, ménos lo logre la débil tensión que se agrega con la percusión operatoria.

La tercera indicación es en mi concepto la más importante y de tal modo la juzgo, que creo que ella por sí sola bastaría para dar celebridad á la "maniobra Jiménez" si no tuviera otros usos y objetos. En efecto, un tumor duro ó renitente ó pura y sencillamente una onda mate que ocupa la mitad izquierda del límite inferior del hígado en el lugar que ocupa la vesícula, por más que en la mayoría de las veces corresponda á un crecimiento de ésta, no podrá en rigor afirmarse que lo es en verdad, *mientras*

no disminuya ó desaparezca por la operación, porque un neoplasma de la pared abdominal, como fibroma ó lipoma, del hígado mismo como un cáncer ó adenoma, un quiste hidático, un abceso ó su lóbulo izquierdo hipertrofiado, etc., podrían acusar iguales datos clínicos del órden físico; pero *ninguno* disminuye sus dimensiones á la percusión como cuando se trata ciertamente de la vesícula. Sutilizando la cuestión pudiera decirse que un quiste ó abceso abierto ya en la cavidad pleural ó brónquica, en el estómago ó intestino y comunicados por fístulas, también disminuirían; pero habría en semejante supuesto tal número de elementos de diagnóstico diferencial, que no existirían grandes dificultades de diferenciación.

Hay un sólo caso en que aún tratándose de la vesícula distendida, ésta no disminuye su tamaño y es cuando ya obstruido por completo y á perpetuidad el canal cístico ó colédoco se ha producido una hidropesía de la bolsa biliar, circunstancias que nunca convergieron en ninguno de los enfermos de la série. En caso que llegare á ofrecerse, una punción exploradora y el análisis del líquido ó sustancia extraida proporcionarían grandes luces para el diagnóstico. El Dr. Liceaga le dá tanta importancia al hecho de la disminución ó no disminución de la onda mate como elemento de diagnóstico, que todas las veces que no logró reducir su extensión, *suspendió* su juicio respecro del orígen del padecimiento, y no afirmó su opinión sino hasta después que habiendo intervenido en el supuesto de ser la vesícula, hubo logrado en ulteriores intentos reducir sus dimensiones. De suerte

que puede sentarse como regla, que siempre que se sospeche que la zona obscura encontrada pueda ser debida á una repleción biliar y que no desaparezca como de ordinario, se suspenderá el juicio y se instituirá un tratamiento basado en la hipótesis de ser la vesícula; este modo de proceder aclarará las dudas en breve plazo.

Podría agregar una multitud de particularidades y pormenores que al vaciamiento de la vesícula se refieren, pero para no alargar más este estudio, concluiré diciendo rápidamente como se intervino para curar algunas de las complicamientos que cómo indiqué en otro lugar suelen acompañar al catarro biliar. Naturalmente esos padecimientos estando más ó ménos directamente relacionados con la afección primera, experimentarán notable mejoría á medida que aquella se modifique tendiendo á desaparecer, pero mucho se ganará agregando los adyuvantes apropiados al caso; suculenta y escojida alimentación, hidroterapia, ejercicio, tartrato de fierro y potasa, quina, etc., cuando haya anemia y enflaquecimiento; consejos que levanten el espíritu, palabras de consuelo y esperanza á los hipocondriacos, ergotina, estricnina á los que tuvieren impotencia genital, bromuros, abstinencia á los que padecieren espermatorrea, brageros á propósito á los hernarios y asì sucesivamente. Obrando así el médico, quedará siempre tranquilo y satisfecho de haber puesto en acción todo lo que la ciencia enseña para aliviar los sufrimientos de la humanidad doliente.

Para finalizar este humilde é incorrecto trabajo resumiré lo que más sobresaliente encierra en las siguientes

CONCLUSIONES.

I.—El catarro de las vias biliares es *frecuente* en México.

II.—Aparece de preferencia en los *hombres* entre los 20 y 40 años.

III.—Casi siempre es *secundario, raras* veces primitivo.

IV.—La forma que por su notable frecuencia absorve á las demás es la *crónica-consecutiva.*

V.—Las flegmasías *gástricas* é *intestinales* son las que más comunmente lo originan y de preferencia el *catarro del estómago.*

VI.—Estas se propagan afectando *préviamente* al duodeno.

VII.—Los cálculos de la vesícula son *causa* ó *efecto* de su catarro.

VIII.—El *impaludismo* y las *afecciones morales* perturban la excreción biliar.

IX.—El catarro gastro–biliar deteriora el organismo por *insuficiencia* de la digestión y absorción.

X.—Interviene también la falta ó disminución de aflujo del *jugo* pancreático.

XI.—Se revela frecuentemente por un *dolor* al nivel de la vesícula y que algunas veces se irradia al *dorso.*

XII.—Trae consigo la icteria pero *no siempre* ni *necesariamente.*

XIII.—El *crecimiento* de la vejiga de la hiel, *bien comprobado,* es un signo *casi patognomónico* de la lesión,

XIV.—La duración alcanza *meses* y *aún años*, yaun-informe, ya con exacerbaciones en su marcha.

XV.—La piedra de toque para el diagnóstico es el *vaciamiento* de la vesícula.

XVI.—Debe procurarse siempre establecer un diagnóstico *etiológico* y *anatómico.*

XVII.—El tratamiento debe ser de preferencia *causal.*

XVIII.—El catarro crónico del estómago se *cura* con *dieta láctea* y *calomel* ó dósis refracta hasta la saturación, etc............

XIX.—El *opio* y la *nuez vómica* modifican admirablemente las manifestaciones gastro-intestinales del alcoholismo.

XX.—El *simonillo* es una planta medicinal indígena, que obra muy bien como eupéptico y colagogo.

XXI.—La depleción artificial de la vasícula ó "maniobra Jiménez" es *invención nacional* y casi desconocida en Europa.

XXII.—Su uso es *triple*: vencer la obstrucción, curar el dolor y comprobar el diagnóstico.

He colocado ya la última piedra de este edificio; á vosostros, mis respetables maestros, toca ornamentar y pulir la obra y si después de haber pasado por la fina tela de vuestro juicio y criterio la sancionais con vuestra aprobación, quedarán satisfechos los deseos de su humilde

AUTOR,
GONZALO CASTAÑEDA.

México, Mayo de 1893.

